

SAMMLUNG ZWANGLOSER ABHANDLUNGEN AUS DEM GEBIETE
DER PSYCHIATRIE UND NEUROLOGIE
unter besonderer Berücksichtigung der allgemeinen Medizin und der täglichen Praxis
Herausgeber: Prof. Dr. Hanns Schwarz, Greifswald

Heft 9

Die motivierten Depressionen und psychogene Reaktionen depressiver Färbung

(Zur Problematik der sogenannten Erlebnisreaktionen,
der Psychogenie und Hysterie)

Von

Dr. med. Hans Grosch

Oberarzt der Univ.-Nervenklinik Erlangen



1 9 5 3

VEB CARL MARHOLD VERLAGSBUCHHANDLUNG, HALLE (S.)

Die motivierten Depressionen und psychogene Reaktionen depressiver Färbung

(Zur Problematik der sogenannten Erlebnisreaktionen.
der Psychogenie und Hysterie)

Von

Dr. med. Hans Grosch

Oberarzt der Univ. Nervenlinik Erlangen

1 9 5 3

VEB CARL MARHOLD VERLAGSBUCHHANDLUNG, HALLE (S.)

9. März 1954

**SAMMLUNG ZWANGSLOSER ABHANDLUNGEN AUS DEM GEBIETE
DER PSYCHIATRIE UND NEUROLOGIE**
unter besonderer Berücksichtigung der allgemeinen Medizin und der täglichen Praxis

Herausgeber:
Prof. Dr. Hanns Schwarz, Greifswald

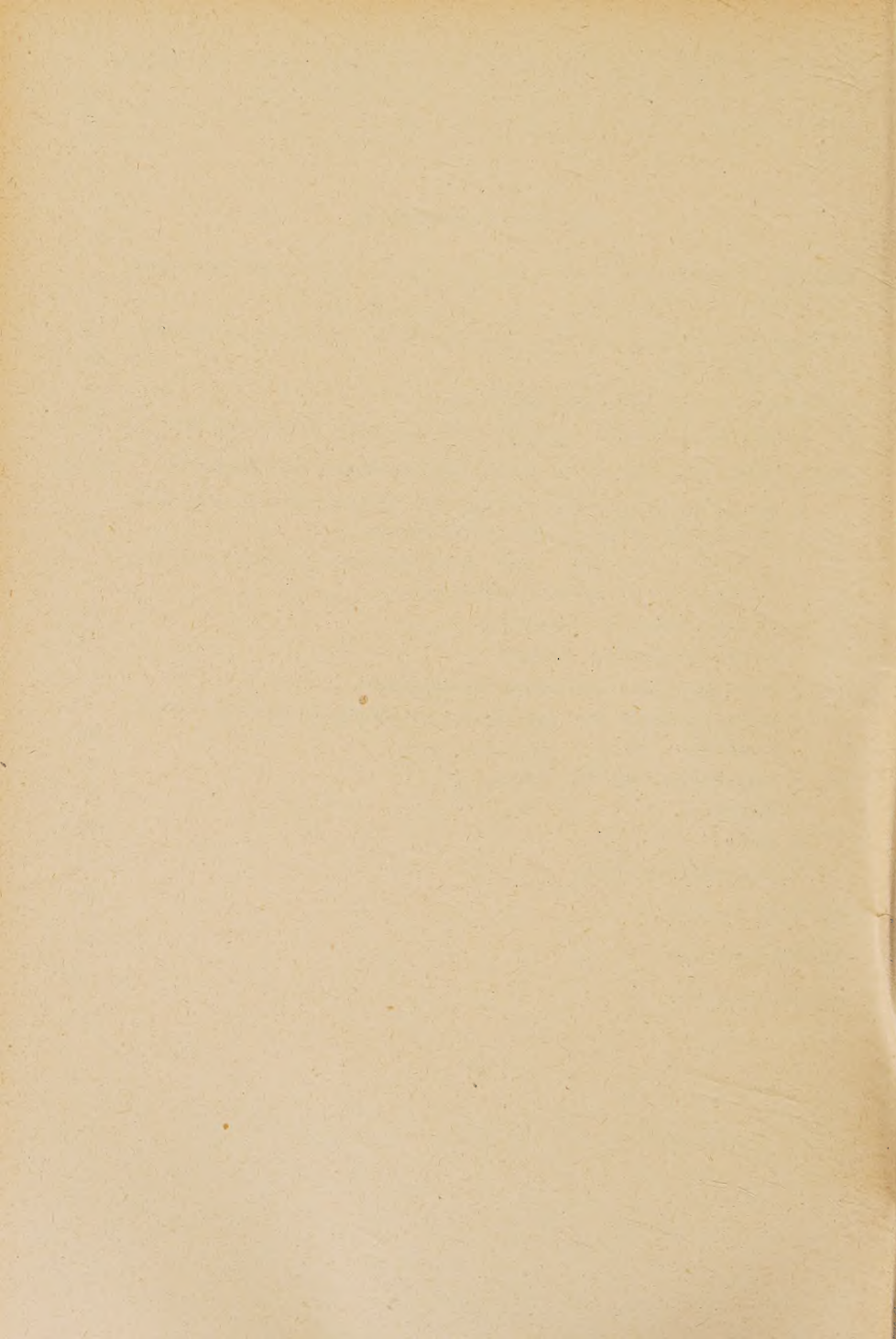
Heft 9



Fotodruck: Mikrokopie G.m.b.H. München 2, Weinstr. 4

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Allgemeines über die motivierten Depressionen und psychogenen Reaktionen depressiver Färbung	5
I. Teil: Die einzelnen klinischen Krankheitsbilder und deren psychopathologische Analyse	11
Gruppe A: Die motivierten Depressionen	11
Gruppe B: Verwandte psychogene und psychoide Reaktionen. Hysterie	33
II. Teil: Die klinisch-diagnostischen und psychopathologischen Ergebnisse . .	62
1. Wesen und nosologische Ordnung der Krankheitsformen und deren Beziehungen zur prämorbidem Persönlichkeit	62
a) Die sog. Erlebnis- oder Persönlichkeitsreaktionen: Motivierete Psychosen — psychoide Reaktionen	64
b) Die psychogenen Reaktionen	67
c) Das Problem der Hysterie	71
2. Die prämorbidem Persönlichkeitsstrukturen	77
3. Psychopathologie der Lebensalter, entwicklungsgeschichtliche Psychopathologie	80
4. Infantilismus und Hysterie	82
5. Erblichkeit	85
6. Motiv	85
7. Geschlecht und Rasse	85
III. Teil: Statistik	87
Schlußbemerkungen	89
Literaturverzeichnis	94



Die motivierten Depressionen und psychogene Reaktionen depressiver Färbung*)

(Zur Problematik der sogenannten Erlebnisreaktionen,
der Psychogenie und Hysterie)

Der Formenkreis des manisch-depressiven Irreseins umfaßt keineswegs alle Krankheitsbilder, bei denen eine depressive Stimmungsänderung ausgeprägt ist. Lassen sich einerseits schon unter den endogenen Depressionen selbst erhebliche Unterschiede in Verlauf und Erscheinungsform bemerken — deren Beschreibung und systematische Ordnung noch aussteht —, gibt es andererseits eine nicht unerhebliche Zahl endogener, d. h. aus Veranlagung und ohne wesentliche andere Einflüsse entstehender Psychosen, die sich nicht ohne weiteres der circulären Gemütskrankheit zuordnen lassen. Wenn sie mit dieser auch den phasenhaft-periodischen oder cyclischen Verlauf gemeinsam haben und bei manchen dieser Krankheitsformen auch depressive Erscheinungen, wie sie von den typischen endogenen Depressionen her bekannt sind, vorkommen, sind die Verschiedenheiten im Aufbau der Psychose wie auch der prämorbidten Persönlichkeitsveranlagung doch auch wiederum so erheblich, daß man sie als atypische cycloide oder periodische Psychosen, auch sog. autochthone Degenerationspsychosen (Kleist, Schröder) vom manisch-depressiven Irresein im engeren Sinne geschieden hat. Wir haben es hier immerhin noch mit Psychosen zu tun, die zwar allmählich beginnen und wieder abklingen können, entsprechend der nur in ihren quantitativen Exkursionen krankhaft veränderten Temperamentsanlage, aber doch zu deutlich abgesetzten Phasen führen, die einer durch noch unbekannte Krankheitsprozesse bestimmten eigenen Gesetzmäßigkeit folgen.

Nun gibt es aber noch eine recht beträchtliche Anzahl depressiver Zustandsbilder, die mehr als Ausdruck des Erlebens bestimmt gearteter Persönlichkeiten erscheinen, bei denen also seelische Veranlagung und Erlebniswirkung entscheidend sind, während demgegenüber ein eigengesetzliches — endogenes — Krankheitsgeschehen an Bedeutung ganz zurücktritt oder vielleicht überhaupt nicht anzunehmen

*) Die Arbeit wurde vor längerer Zeit in der Frankfurter Nervenklinik bei Herrn Prof. Kleist begonnen, dem ich für seine anregende Teilnahme während der ersten Bearbeitung des Themas auch an dieser Stelle meinen Dank abstatten möchte.

ist. E. Reib hat in seiner bekannten Monographie „Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein“ (1910) zum ersten Male eine Abgrenzung versucht, und man versteht seitdem unter sog. reaktiven Depressionen Verstimmungszustände auf dem Boden der konstitutionellen Depression, die sich an einen hinreichenden Anlaß anschließen, ihre Abhängigkeit von dem auslösenden Ereignis ebenso wie eine sonstige seelische Beeinflußbarkeit bewahren, nicht sehr lange anhalten und denen wesentliche mit dem verursachenden Ereignis nicht zusammenhängende depressive Inhalte fehlen. Lange hat darauf hingewiesen, daß in den Fällen von Reib wie auch einigen Beobachtungen Bonhoeffers eine depressive Hemmung meist nicht vorhanden war und meint, daß sich reaktive Depressionen nicht so sehr aus einer konstitutionellen Depression als vielmehr aus der manisch-depressiven Konstitution heraus entwickelten. Reib selbst fand bereits, daß eine sichere Trennungslinie zwischen den Reaktionen auf psychopathischer Persönlichkeitsgrundlage und dem manisch-depressiven Irresein nicht zu ziehen sei, wie es auch in dem Handbuchaufsatz von Braun heißt, zwischen den reinen reaktiven Depressionszuständen der Nervösen und Psychopathen und den reinen endogenen Melancholien der Manisch-Depressiven liege eine breite Übergangszone, innerhalb derer sich das Manisch-Depressive mit dem Psychopathisch-Reaktiven auf mannigfache Art vereinen könne. Es ist in diesem Zusammenhang nicht notwendig, alle jene Möglichkeiten der Verschlingung, Überschneidung und Wechselwirkung von manisch-depressiver Anlage, psychopathischer Charakterstruktur und Erlebnis-einflüssen einzeln zu besprechen oder auch nur zu nennen.

Gegenüber der Darstellung von Reib und den im wesentlichen mit ihm übereinstimmenden Auffassungen von Bonhoeffer, Bumke u. a., die sich vorwiegend mit den Beziehungen der sog. reaktiven Depression zum manisch-depressiven Irresein befassen, hat man sich die Frage vorgelegt, ob sich in der Mehrzahl der Fälle solche Beziehungen überhaupt aufweisen lassen. Dabei hat sich nun gezeigt, daß die weitaus größere Zahl der depressiven Reaktionen mit dem manisch-depressiven Irresein, der cyclothymen Konstitution und dem pyknischen Körperbau nichts oder nur wenig zu tun haben. Abgesehen von den konstitutionell Verstimmten Kraepelins und den konstitutionell Nervösen Bumkes sind es nach Lange besonders die weichen, willensschwachen, labilen, asthenischen, ängstlichen, feinfühligsten, sensitiven, andererseits aber auch die geltungssüchtigen, dem Hysterischen nahestehenden Persönlichkeiten, die zu reaktiven Depressionen neigen. Wenn auch diese Feststellung, daß nicht die Manisch-Depressiven oder Cyclothymen, sondern vorwiegend andersgeartete psychopathische Veranlagungen die Disposition zu reaktiven Depressionen bilden, längst allgemeines Erfahrungsgut geworden ist, so ist doch seit Reib die reaktive Depression noch nicht wieder unter

neuen Gesichtspunkten an einem größeren Krankenmaterial untersucht worden. So ist letztlich die nosologische Stellung der reaktiven Depression ungeklärt. Nach ihrer Herauslösung aus dem manisch-depressiven Formenkreis wird sie je nach der Auffassung und Terminologie der Autoren bald zu den abnormen Erlebnisreaktionen (z. B. K. S c h n e i d e r), den asthenischen Persönlichkeitsreaktionen (K r e t s c h m e r), den krankhaften Reaktionen (B l e u l e r), bald zu den psychopathischen (z. B. G r u h l e) oder psychogenen (z. B. B r a u n) Reaktionen gerechnet. Es wird dementsprechend auch von reaktiver Depression ebenso gesprochen wie von depressiver Reaktion, reaktiver Verstimmung bei Thymopathie, psychopathischer oder psychogener Depression. Bei der Unbestimmtheit des Begriffes der Psychogenie und der psychopathischen Reaktionen, wozu so grundverschiedene Bilder wie „Kriegszittern“, Astasie und Abasie und der „große psychogene (hysterische) Anfall“, der Gansersche Dämmerzustand, Renten- oder Rechtsneurosen, Situations-, z. B. Gefängnispsychosen, Hospitalismus, reaktiver Suicid, u. a. (z. B. bei G r u h l e) gezählt werden, kann von einer einheitlichen Auffassung und sicheren Bestimmung der reaktiven Depression im Ordnungssystem der psychischen Erkrankungen kaum die Rede sein. Auch die oben referierte Auffassung, nach der neben den weichen, asthenisch-labilen und feinfühlig-sensitiven Persönlichkeiten auch der Hysterie nahestehende Veranlagungen bei der reaktiven Depression zu finden sein sollen, läßt von vornherein vermuten, daß hier keinesfalls immer ein und dasselbe — jedenfalls auch nur in wesentlichen Zügen gleiche — Krankheitsbild gemeint sein kann.

Im Verlauf der folgenden Untersuchung wird sich nun zeigen, daß sich die nicht oder jedenfalls nicht vorwiegend endogenen depressiven Zustandsbilder trotz der Fülle der Erscheinungen ohne Zwang in zwei große Gruppen aufteilen lassen, die in klinischer Symptomatologie und psychopathologischer Struktur bei fließenden Übergängen zumindest in ihren typischen Gestaltungen wesentliche Unterschiede aufweisen. Weiterhin ergibt sich aber vor allem, daß den abgrenzbaren Krankheitsformen auch verschiedene, gleichfalls in zwei große Gruppen zusammenfaßbare Persönlichkeitsveranlagungen bzw. angeborene, dauernde oder erworbene, vorübergehende psychische Dispositionen entsprechen. Da all diese nicht endogenen depressiven Bilder aus oder jedenfalls nach Erlebnissen entstehen, halte ich als Sammelbezeichnung *motivierete seelische Störungen* für angebracht. Dabei ist wichtig, daß nicht nur dem Fremdverständnis und einfühlenden Nacherleben wollen die Motiviertheit evident ist, sondern daß diese, ja stets vorübergehenden Störungen während ihres Ablaufes vom Erlebenden selbst motiviert werden und ihm, was entscheidend ist, auch nachher im Selbsterleben und Selbstverständnis motiviert bleiben. Es ist nicht zu bestreiten, daß hierin gewisse Schwierigkeiten liegen, einmal darin.

daß Einfühlungsvermögen und Verstehen fremden Seelenvorgängen gegenüber verschieden sind, zum anderen auch darin, daß der Erlebende selbst aus mancherlei Beweggründen oft nachher von seinen Handlungen, Reaktionen und auch Motiven abzurücken strebt, wie andererseits auch mit falschen Motivierungen zu rechnen ist, womöglich sogar dort, wo in Wirklichkeit nichts motivierbar ist (bei den endogenen Psychosen). Immerhin dürfte doch wohl in den meisten Fällen der motivische Erlebniskomplex eindeutig genug sein und sich die Feststellung der Motiviertheit seitens des Beschauers mit der Motivierung des Patienten in Einklang bringen lassen.

Kretschmer spricht bekanntlich von Motivbündeln oder psychischen Kausalbündeln, die er offenbar ausschließlich von der Seite des Erlebenden als Impulse faßt, die die Stoßkraft der resultierenden Handlung bestimmen: „Schlüsselerlebnisse“ sind solche, die besonders geeignet sind, aus einer bestimmten Persönlichkeit die gerade für sie bezeichnenden Reaktionen herauszuholen, so daß diese dann „geradezu den reinsten und prägnantesten Ausdruck der Gesamtindividualität“ darstellten. Charakter und Schlüsselerlebnis paßten zusammen, wie Schlüssel und Schloß, wie Komplement und Ambozeptor. Wenn diese bestechend anschauliche Betrachtungsweise auch zweifellos die charakterologische und psychopathologische Forschung, besonders auf dem Gebiet der sog. Persönlichkeitsreaktionen (sthenisch-asthenisch, expansiv-sensitiv), sehr gefördert und sich in der praktischen klinischen Diagnostik bestens bewährt hat, muß man sich des Künstlichen und Fiktiven der darin implicate enthaltenen theoretischen Trennung von Erlebnismwirkung und Persönlichkeitsanlage sowie der Auffassung der Persönlichkeitsreaktion als einer Resultante aus jenen beiden Wirkungskomplexen stets bewußt bleiben. Bürger-Prinz spricht in einer neueren Studie „Über Motiv und Motivation“ von einem Sinnzusammenhang, einer anderen Art des „weil“, das über das kausal-naturwissenschaftliche, das nur materiell Faßbares und intensitativ Feststellbares gelten lasse, hinausgehe im Sinne des Verstehbaren, eben einer motivologischen Auflösung.

In dem Wort „Erleben“ ist mit der Vorsilbe „er“ das Zielhafte, das Strebende, Bewältigende, man könnte auch sagen das Sich-Einverleiben symbolisiert. Wenn uns auch in unserem Bewußtsein ein Innen (Ich) und ein Außen (Welt) gegeben ist, so ist doch das Erleben nicht als ein nur rezeptives Geschehen aufzufassen, sondern wie der Mensch die Welt auf sich wirken läßt, schafft und gestaltet er sie sich auch. A. Gehlen definiert aus anthropologischer Sicht den Menschen als ein „nicht festgestelltes, stellungnehmendes Wesen“, das zum „handelnden Wesen“ wird, in dem er „aus eigenen Mitteln und eigentätig sich entlastet, d. h. die Mängelbedingungen seiner Existenz eigentätig in Chancen seiner Lebensfristung umarbeiten muß“.

Diese „Verschränkung“ oder „Kohärenz“ des Subjektes mit dem Außen in Handeln und Erleben hat v. Weizsäcker bekanntlich als „Gestaltkreis“ dargestellt. Motive sind, so darf man wohl sagen, nicht Ursachen, sondern eher Produkte oder auch Repräsentierungen dieses Kreisprozesses. Sie sind daher auch nicht allein aus Temperament, Affekt und Charakter verstehend abzuleiten, sondern enthalten auch überindividuelle Wirkungszusammenhänge. So können z. B. aus dem einfachen Häufigerwerden irgendeines kriminellen Geschehens in einer gegebenen Zeitsituation überindividuelle Tendenzen entstehen; die Motive sind dann charakterologisch allein nicht faßbar, da in solchen Fällen der Charakter „nur der Ort ist, an dem sich etwas abspielt“ (Bürger-Prinz).

Die Bearbeitung dieser für die Gegenwart recht aktuellen Fragen hat indes gezeigt, daß man die Bedeutung solcher überindividueller zeitbedingter Motivhintergründe nicht so hoch veranschlagen darf. Wenn auch in neueren Arbeiten gelegentlich der Versuch gemacht wurde, gruppengleiche oder -ähnliche psychische Krankheitsbilder auf die Auswirkungen bestimmter Lebenssituationen zurückzuführen — so etwa die „Heimkehrneurose“ von Malten oder das „Flüchtlingsheimweh“ von Geyer —, so läßt sich, abgesehen von inhaltlich Gemeinsamem in Form nur allzu gut verständlicher Befürchtungen, Sorgen, wehmütig-resignierter Erinnerungen, sehnächtiger oder auch ängstlich gespannter Erwartungen ein eigentlicher überindividueller Motivhintergrund, dem gegenüber das individuell Charakterliche zurückträte, kaum aufweisen. Schmitz hat sicher mit Recht auf die Häufigkeit körperlicher Verursachung mancher psychischer Störungen bei Heimkehrern, besonders infolge von Mangelernährung, hingewiesen, wenn freilich auch die von ihm gewählte Bezeichnung „Oedempsychosen“ (delirante Psychosen bei Hirnoedem) durch seine Darstellung nicht ganz begründet erscheint. Aus der anschaulichen Schilderung der seelisch-geistigen Verfassung von Kriegsgefangenen durch In der Beek geht andererseits gerade hervor, daß die erste Begegnung mit dem Feind zwar oft das Verhalten während der ganzen Gefangenschaftszeit beeinflusste, daß aber z. B. das doch gewiß einschneidende Erlebnis der Gefangennahme offenbar nicht zu auch nur annähernd gleichartigen Reaktionen oder Verhaltensweisen führte. Wenn er hinsichtlich des weiteren Verhaltens in der Gefangenschaft einige Gruppen — die Indifferent-Gleichgültigen, die Militaristen, die Pazifistisch-Intellektuellen — skizziert, so dürfte es sich hierbei doch um mehr stilistische Gemeinsamkeiten handeln, die sich nach massenpsychologischen Gesetzmäßigkeiten in solchen Gemeinschaften unter der Wirkung psychischer Induktionen zu entwickeln pflegen und zur Bildung einzelner, streng auf einen Esprit du Corps haltender Parteien führen können. In der Beek beschreibt zwar eine allgemeine depressive Stimmung, die bald nach Eingewöhnung in die neuen Verhältnisse festzustellen gewesen sei, sagt aber ausdrücklich, daß bei vorliegender *Disposition* Untergrund und Hintergrund für depressive Reaktionen in reichlichem Maße vorhanden gewesen seien.

Man darf jedenfalls auf Grund der bisher vorliegenden Arbeiten über dieses Thema aus der Kriegs- und Nachkriegszeit feststellen, daß ausgeprägtere motivierte seelische Störungen innerhalb größerer, bestimmten ungewöhnlichen Lebenssituationen ausgesetzter Gruppen offenbar nicht beobachtet wurden. Wenn solche vorkamen, waren sie vereinzelt und betrafen Menschen, deren abartige Veranlagung ohnehin offenbar war. Auch eigene Erfahrungen an einer recht beträchtlichen Zahl ambulant und stationär beobachteter abnormer Erlebnisreaktionen bei Flüchtlingen und Heimkehrern bestätigen durchaus diese Ergebnisse.

In diesem Zusammenhang ist schließlich noch zu erwähnen, daß Bonhoeffer in und nach dem letzten Kriege ebensowenig eine Zunahme der Geistesstörungen

feststellen konnte, wie nach dem ersten Weltkrieg. v. Baeyer fand sogar, daß die klinischen Aufnahmen abnormer Erlebnisreaktionen an der Nürnberger Nerven-klinik in den letzten 20 Jahren bis in die letzte Nachkriegszeit hinein außerordentlich stark zurückgegangen sind.

Die Bearbeitung der motivierten seelischen Störungen hat demnach in erster Linie von der Beschreibung und phänomenologischen Analyse der klinischen Krankheitsbilder und der Untersuchung der Motive, d. h. also, wie wir sahen, vor allem der Erlebnisstruktur und der darin repräsentierten Persönlichkeitsanlage auszugehen. Unter den depressiven Bildern, die hier allein behandelt werden sollen, ist die Gruppe der eigentlichen motivierten Depressionen von den psychogenen Reaktionen depressiver Färbung zu unterscheiden. Das Hauptgewicht soll auf die psychopathologischen Strukturanalysen gelegt werden. Bei der Besprechung der psychogenen Reaktionen wird eine Berührung mit dem Formenkreis der Hysterie unvermeidlich werden. In der Stellungnahme zu anderen Meinungen können dann auch auf diesem heiklen Grenzgebiet einige hier gewonnene grundsätzliche Betrachtungen weiter fortgesetzt und erprobt werden. Terminologische Klärung aus klinisch psychopathologischer Analyse ist das praktische Anliegen dieser Untersuchungen. Die Arbeit stützt sich auf 260 Krankheitsfälle, die in den Jahren 1936, 1938, 1940 und 1941 an der Frankfurter Nervenklinik beobachtet und behandelt worden sind.

I. Teil: Die einzelnen klinischen Krankheitsbilder und deren psychopathologische Analyse

Gruppe A: Die motivierten Depressionen

1. Krankheitsfälle:

Fall 1: Katharina Kü., 25 Jahre, aufgenommen 7. 11. 38.

Wird wegen Suicidversuchs mit Veronal eingewiesen. Die begleitende Schwester gibt an, der Bräutigam habe vor einigen Tagen das seit 4 Jahren bestehende Verlöbniß gelöst. Seitdem esse die Patientin kaum und habe auch seit 2 Tagen kaum mehr etwas gesprochen.

Patientin macht einen völlig niedergeschlagenen Eindruck, liegt mit geschlossenen Augen zu Bett, vergräbt sich in die Kissen und fängt ab und zu an verzweiflungsvoll zu schluchzen. Auf Befragen kommen ihre Antworten erst nur langsam heraus, schließlich erklärt sie laut weinend, sie sei schwer betrogen worden, sie habe so an dem Menschen gehängt, es würde ihr das Herz brechen, sie wolle nicht mehr leben, nur ihre Ruhe haben. Patientin zittert vor Erregung, liegt dann erschöpft da, die Haut völlig ausgetrocknet, das Gesicht eingefallen und blaß, umranderte Augen.

10. 11. 38. Patientin ist etwas beruhigter, zugänglicher und macht folgende Angaben: Sie habe ihren Bräutigam 9 Jahre gekannt, sei 4 Jahre öffentlich verlobt gewesen, sie hätten sich immer gut verstanden. Seit einigen Monaten habe er sich mehr und mehr zurückgezogen. Sie sei zwar mißtrauisch geworden, habe aber innerlich nicht daran glauben können, daß ihr Verlobter sie betrügen oder sie verlassen würde. Auf das zunehmend abweisende und kühle Verhalten des Verlobten hin habe sie ihn dann vor einigen Tagen zur Rede gestellt. Dabei habe er ihr unter Tränen erklärt, daß er nicht von ihr lassen könne, gleichzeitig aber von einem anderen Mädchen gesprochen, das ein Kind von ihm erwarte. Am nächsten Tag habe sie wieder mit ihm geredet, doch ohne daß er sich richtig ausgesprochen und Klarheit in die Angelegenheit brachte. Er habe ihr Vorwürfe gemacht, sie sei nicht großzügig genug, zu anständig und zu naiv. Wahrscheinlich sei sie nicht so raffiniert wie die anderen Frauen. Er habe sie dann noch einmal in ein Café bestellt, sei aber nicht erschienen. Danach sei sie noch ruheloser geworden als vorher, hatte kein Interesse mehr an der Arbeit, an nichts mehr Freude, keinen Schlaf mehr, Kopfschmerzen, konnte während der folgenden Tage nichts mehr essen, ging nicht mehr ins Geschäft, irrte auf der Straße herum, und war schließlich total erschöpft. Sie habe nur wenige Tabletten genommen, um schlafen zu können und Ruhe zu haben. Ihre Eltern hätten aber gefürchtet, sie wolle sich vergiften.

Keine familiäre Belastung, selbst früher nicht ernstlich krank gewesen. Während der Menstruation immer Beschwerden, sonst aber nichts Abnormes. In ihrem Wesen immer still, bescheiden, empfindsam, lebensfroh und lebensstüchtig, arbeitete, um für die Aussteuer zu sparen.

Patientin macht bei der Exploration einen sehr gediegenen, anständigen Eindruck, erhebt keine Vorwürfe, sondern spricht nur immer von dem Unfaßbaren, das ihr fast das Herz bricht. Bei der psychisch-experimentellen Prüfung, wobei ihr

offenbar die ganze Situation wieder so recht bewußt wird, wird sie sehr aufgeregt und weint, kann sich kaum fassen vor Verzweiflung und schämt sich, daß sie manche Fragen nicht so beantworten kann, wie sonst sicher in ruhigeren Zeiten.

Neurologisch lebhaft Reflexe, keine pathologischen Zeichen, Blutdruck 115/75, erheblich reduzierter Allgemeinzustand.

14. 11. Patientin nimmt auf Zureden Nahrung zu sich, ist zugänglicher und nicht mehr so apathisch, aber doch immer noch recht gedrückt und zeitweise auch noch weinerlich. Kann sich noch nicht recht mit dem Schicksalsschlag abfinden.

6. 12. Freundlich, bescheiden, hilfsbereit und fleißig, ist noch etwas gedrückt, verlangt aber nach Hause, möchte sich erst noch etwas erholen.

12. 12. Versucht offensichtlich mit ihrem Kummer alleine fertig zu werden, ohne sich nach außen etwas merken zu lassen, ihr stilles Wesen und ihr Gesichtsausdruck verraten jedoch immer noch eine tief empfundene Trauer. Die Angehörigen bestätigen, daß Patientin in ihrem Wesen schon immer sehr tief empfindend und zartfühlend gewesen sei. Als ihr ein vom Hausarzt beantragter Erholungsaufenthalt in Aussicht gestellt wird, geht sie erleichtert mit den Eltern nach Hause.

Auf die Lösung eines seit Jahren bestehenden Verlöbnisses erfolgt hier eine Depression, die alle wesentlichen Merkmale einer motivierten Traurigkeit trägt: Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Teilnahmslosigkeit an Arbeit und Außenwelt bis zur Lebensunlust mit den körperlichen Begleit- und Folgeerscheinungen der Appetitlosigkeit, Schlafstörung und körperlichen Erschöpfung. Deutliche Ausprägung der seelischen Verfassung im Ausdruck: schlechtes Aussehen, eingefallenes Gesicht mit umränderten, verweinten und übernächtigten Augen, schlafe ausgetrocknete Haut, hoffnungslos-traurige Miene, gesenkte monotone Stimme, verzweiflungsvolles Schluchzen, schlafe Haltung, mühsame kraftlose Bewegungen. Trotz unverkennbaren Ruhebedürfnisses und bei aller Neigung zur Absonderung, zum Alleinsein, ist nach Überwindung einiger Hemmungen doch eine Aussprache möglich, ja von der Pat. sogar gewünscht, wobei das motivierende Erlebnis mit seinem gesamten stimmungshetonten Denk- und Vorstellungskomplex als beherrschender seelischer Inhalt hervortritt. Dabei ist zuweilen der Ausdruck einer gewissen Beschämung oder Verlegenheit zu beobachten. Ihrem Wesen nach ist die Pat. ein stiller, bescheidener, zartfühlender, dabei im Grunde lebensfroher Mensch. Im Laufe einiger Wochen löst sich die Traurigkeit allmählich, so daß man begründete Hoffnung haben darf, daß die Kranke in dem geplanten Erholungsaufenthalt ihren Lebensmut und das seelische Gleichgewicht wieder gewinnt.

Fall 2: Johann Me., 47 Jahre, aufgenommen 23. 4. 36.

Wird vom Bruder gebracht, der folgende Angaben macht: Normale Entwicklung, in der Schule gut gelernt. Nach der Schulentlassung zuerst in der Landwirtschaft gearbeitet, dann bei der Reichsbahn, zuerst als Rottenarbeiter, später Schaffner. Sei immer sehr fleißig und tüchtig gewesen, sehr solide Lebensführung, strebsam, nicht getrunken. War gerne in Gesellschaft, lebenslustig. Hatte eine ernste Lebensauffassung, war jedoch nicht übertrieben schwernehmend. Keine Stimmungsschwankungen.

Vor einem halben Jahr im Anschluß an den Tod des ältesten Kindes viel geweint, konnte sich nicht trösten, wollte damals den Sarg immer wieder aufdecken und ging lange Zeit hindurch täglich auf den Friedhof, zog sich von allen Bekannten zurück, habe zuerst noch gearbeitet, nach einigen Wochen jedoch mit der Arbeit ausgesetzt, über Herzbeklemmungen, starkes Schwitzen und allgemeine Schwäche geklagt. Seit Anfang April Verschlechterung des Zustandes, weinte häufig, konnte sich nicht zur Arbeit aufraffen, hatte an nichts mehr Freude und Interesse.

Zur Vorgeschichte gibt Patient noch an, eine Schwester sei wegen eines ähnlichen Zustandes in einem auswärtigen Krankenhaus behandelt worden. Es habe sich um einen „Nervenzusammenbruch“ im Anschluß an die Auflösung eines Liebesverhältnisses gehandelt. Auch die Schwester habe damals dieselben körperlichen Beschwerden gehabt wie er. Patient ist verheiratet, eine Tochter und ein Sohn sind gesund. Er sei immer lustig und fröhlich und gleichmäßiger Stimmung gewesen.

Im Oktober sei sein Töchterchen im Alter von 11 Jahren an Diphtherie gestorben. Es sei ihm sehr ans Herz gewachsen gewesen, habe ihn jeden Abend an der Bahn abgeholt. Der Tod sei ihm sehr nahegegangen, und er habe großes Heimweh nach dem Kind. Er habe keine rechte Lust mehr gehabt zur Arbeit und überhaupt keine Freude am Leben. Im März habe er einen kleinen Unfall gehabt, es mußte der Nagel des rechten Mittelfingers entfernt werden, was sehr schmerzhaft gewesen sei. Seitdem sei er nervös, leicht aufgeregt, zittrig. Wirtschaftliche Sorgen habe er nicht, das Eheleben sei sehr gut und geordnet. Am 1. 4. sei er von der Reichsbahn aus in ein Erholungsheim geschickt worden; sollte dort 4 Wochen bleiben, blieb aber nur 3 Tage, weil er sich so allein und verlassen fühlte und sich nicht eingewöhnen konnte. Blieb bei seinem Hausarzt in Behandlung, ging viel spazieren, wollte sich „an der Natur ergötzen, damit die Nerven sich beruhigen“. Der Zustand wurde aber trotzdem nicht besser. Seine jetzigen Beschwerden sind hauptsächlich körperlicher Art: Zucken und Stechen im ganzen Körper, starkes Schwitzen, schlechter Schlaf, träger Stuhlgang, Nachlassen des Geschlechtstriebes, leicht erregbar.

Blutdruck 130/75, lebhafte Reflexe, deutlicher Spreiztremor der Hände und vermehrte Schweißsekretion.

Auf der Abteilung etwas ruhelos, nicht gedrückt oder gehemmt, eher etwas fahrig Unruhe.

1. 5. Geht zur Gartenarbeit, hat sich etwas erholt, ist auffallend rasch ermüdbar, zugleich mit seinen körperlichen Erschöpfungszuständen kommt es auch immer wieder zu plötzlichen Stimmungssenkungen, Patient wird dann recht verzweifelt, etwas agitiert, gequälte Unruhe, bringt dann auch wieder allerlei körperliche Beschwerden vor.

8. 5. Wird zunehmend freier und aufgeschlossener. Betreibt jetzt die Gartenarbeit auch aus eigenem Antrieb mit innerer Anteilnahme und Freude an der Sache, manchmal noch etwas ernst und zurückgezogen, im ganzen aber wesentlich ausgeglichener und beständiger in seinen Stimmungen.

13. 5. Gegen Revers entlassen.

Hier ist der jähe Tod des 11jährigen Kindes das Motiv der Erkrankung. In der innigen Beziehung des Vaters zu seinem Töchterchen, das ihm sein Leben bereichert hat, mit dem er gern spielte, Spaziergänge unternahm, das ihn täglich nach Arbeitsschluß abholte, drückt sich schon das Wesen des Kranken aus, der nach Angabe des Bruders eine ernste Lebensauffassung hat, doch nicht übertrieben schwernehmend ist, sondern lebenslustig, immer gerne in fröhlicher Gesellschaft war. In fast kindlich rührender Weise spricht der Kranke von seiner Trauer als „einem großen Heimweh nach dem Kinde“, dessen

Tod er nicht verschmerzen kann. Auch hier wieder das Schwinden der Arbeitslust, bei dem sonst strebsamen und fleißigen Manne, der Verlust an Lebensmut und Lebensfreude. In besonderem Maße wird bei diesem Kranken die seelische Vereinsamung, der Verlust einer starken menschlichen Bindung, auf das Körperliche übertragen, so daß schließlich die mannigfachen somatischen Beschwerden, wie Stechen und Zucken am ganzen Körper, starkes Schwitzen, unregelmäßiger Stuhlgang, schlechter Schlaf, Nachlassen des Geschlechtstriebes und allgemeine Mattigkeit, fast ganz im Vordergrund stehen. Es handelt sich hierbei nicht nur um rein subjektive, aus der Stimmungssenkung wachsende Mißempfindungen, sondern vermehrte Schweißsekretion. Lebhaftigkeit der Reflexe und Spreiztremor der Hände zeigen wirkliche körperliche — vorwiegend vegetativ nervöse — Störungen an, die ihrerseits wieder in einem *Circulus vitiosus* zur Verschlechterung des körperlich-seelischen Allgemeinbefindens beitragen. Der enge Zusammenhang des fast in gleichem Maße betroffenen körperlichen Zustandes und der seelischen Verfassung kommt auch nach bereits eingetretener Besserung in anfallsartigen oder periodisch auftretenden gleichzeitigen körperlichen Erschöpfungszuständen und Vertiefungen der Stimmungssenkung zum Ausdruck. Nach wiederholten Aussprachen und mit Hilfe der Beschäftigung mit Gartenarbeit gelingt es nach etwa 3 Wochen, eine körperliche Kräftigung und immerhin deutliche Stabilisierung der Stimmungslage herbeizuführen.

Zu bemerken ist als Zeichen gleichartiger Erbanlage die Tatsache, daß eine Schwester des Patienten ebenfalls eine reaktive Depression durchgemacht hat im Anschluß an die Lösung eines Liebesverhältnisses und dabei ebenfalls in besonderem Maße an körperlichen Beschwerden litt.

Die beiden besprochenen Fälle gehören zu den *emotiven Persönlichkeiten*. Es sind dies tiefempfindende, zartfühlende Menschen, die infolge ihrer erhöhten gefühlsmäßigen Beeindruckbarkeit durch seelische Erschütterungen relativ leicht aus dem Gleichgewicht geworfen werden. Es verbindet sich bei ihnen starke gefühlsmäßige Erregbarkeit und Schwingungsfähigkeit mit der Unfähigkeit, diese Gefühls-erregungen zu beherrschen, zu verarbeiten und abzuleiten.

Es kann nun auch dieser zweite Faktor der mangelnden Leitung und Verarbeitung von Gefühlserregungen überwiegen. Dann haben wir es mit den beeindruckbaren, nachgiebigen, willensschwachen Persönlichkeiten zu tun, bei denen der Mangel an Steuerungsfähigkeit der Gemütsbewegungen in der *emotiven Labilität*, d. h. dem ständigen Unterliegen gefühlsbetonten Erlebnissen gegenüber, zum Ausdruck kommt. (Ausführlicheres hierüber später.) Die aus der mit der emotiven Anlage vergesellschafteten Willensschwäche resultierende Entscheidungsunsicherheit gefühlsmäßigen Erlebnissen gegenüber ist demnach das Hauptkennzeichen dieser Gruppe, Willensschwäche im Verein

mit körperlicher Erschöpfbarkeit schließlich bildet den Kerndefekt einer andersartigen Persönlichkeitsanlage, für die allein ich den Begriff der *Psychasthenie* in Anspruch nehmen möchte. Sie kann durch eine mehr oder minder ausgeprägte emotive Veranlagung verschiedene Färbung erhalten. Es folgen Fall 3 als Beispiel einer emotiven Labilität und Fall 4, eine *Psychasthenie*.

Fall 3: Luise He., 27 Jahre, aufgenommen 13. 1. 36.

Wird vom Nervenarzt eingewiesen und kommt in Begleitung der Mutter, die folgende Angaben macht: Patientin sei als Kind viel krank gewesen, in der Schule gut gelernt, Menstruation immer etwas unregelmäßig mit starken Beschwerden. Schon von jeher sehr feinfühlig gewesen, dabei aber auch humorvoll, „konnte einen ganzen Saal unterhalten“.

Seit 2 Jahren sei sie verheiratet. Die ehelichen Verhältnisse seien nicht sehr glücklich, da der Mann ständig Beziehungen zu anderen Frauen unterhalte. So habe Patientin bereits vor einem Jahr Suicidversuch unternommen durch Öffnen des Gashahns, weil der Mann mit einer anderen Frau verschwunden war. Jetzt sei der Mann seit 10 Tagen wieder nicht nach Hause gekommen. Patientin sei bedrückt und quäle sich herum, weil sie ihren Mann trotz seiner Schlechtigkeit gern habe und nicht von ihm lassen könne. Der Großvater mütterlicherseits soll sich aus übertriebenem Ehrgefühl aufgehängt haben. Der Vater war sehr jähzornig, auch die Geschwister des Vaters alle sehr gereizt, hätten sich gegenseitig angeschossen, im nächsten Moment wieder vertragen. Der Großvater väterlicherseits soll in jungen Jahren an Krämpfen gelitten haben.

Patientin selbst macht folgende Angaben: Als Kind Masern und viele Halsentzündungen, als Schulkind viel Leibschmerzen. Mit 17 Jahren Blinddarmoperation. Zwischendurch einige Male Mittelohrentzündung. Mit 20 Jahren Menarche, immer starke Menstruationsbeschwerden, zur Zeit der Menstruation sei sie immer etwas schlechter Stimmung und pessimistisch.

Sie sei bereits im Jahre 1929 vier Monate lang in einer Nervenabteilung gelegen und anschließend vier Monate noch in einem Sanatorium. Damals sei sie überarbeitet gewesen, außerdem habe sie die Scheidung ihrer Mutter sehr beeindruckt und angegriffen. Sie habe damals nichts essen können und sehr viel geweint. Sie sei im allgemeinen seit dieser Zeit sehr ernst und zurückhaltend, nur im vertrauten Kreise könne sie sehr lustig sein. Ihren Mann, der 3 Jahre jünger ist als sie, habe sie immer sehr geliebt, obwohl sie erfahren habe, daß er zu anderen Frauen Verhältnisse hatte. Damals habe sie den Gashahn aufgedreht, weil ihr Mann auch wieder dumme Streiche gemacht habe, und auch jetzt sei er sicherlich wieder mit einer anderen Frau weggefahren.

Körperlich-neurologisch: Ausgesprochen grazil asthenisch, abfallende Schultern. feiner Tremor der Hände, allgemein sehr lebhaft Reflexe, sonst kein krankhafter Befund.

Psychisch-experimentell keine Besonderheiten.

25. 1. Patientin ist recht still, wirkt ernst und bedrückt. Ihr Gesichtsausdruck und all ihre Bewegungen haben etwas Resigniert-Hoffnungsloses und Kraftloses an sich.

29. 1. Nachdem Patientin Nachrichten über den Verbleib ihres Mannes erhalten hat, hat sie wieder neuen Aufschwung, beschäftigt sich von sich aus auf der Abteilung und hilft in bescheidener, freundlicher Weise auch bei der Pflege anderer.

10. 2. Ist manchmal noch etwas weinerlich, klagt über allgemeine Müdigkeit und Schwäche.

15. 2. Immer noch wechselnde allgemein körperliche Beschwerden. läßt sich zeitweise recht hängen.

20. 2. Unter roborierenden Medikamenten allmählich etwas bessere Stimmung, aber noch wechselnd.

27. 2. Patientin fühlt sich im ganzen selbst wohler und kräftiger und macht auch nach außen hin einen etwas strafferen Eindruck. Doch tritt ihre Empfindsamkeit und Stimmungs labilität bei längerer Beobachtung immer wieder deutlich hervor.

4. 3.: Wird in erheblich gebessertem Zustand nach Hause entlassen.

Am 19. 2. 38 zweite Aufnahme:

Wird mit der Rettungswache eingeliefert, soll 20 Tabletten Phanodorm genommen haben. Patientin ist bei der Aufnahme bewußtlos. Unter ihren Sachen findet sich ein Zettel folgenden Inhalts: „Zur Erleichterung des Arztes, damit er nicht zu raten braucht: 20 Tabl. Phanodorm 0,2 g, 10 Tabl. Gelonida 0,25“. Außerdem ein Brief an den Oberarzt der Klinik, in dem sie ihre unglücklichen Eheverhältnisse schildert. Doch nimmt sie darin die Schlechtigkeit ihres Mannes, der sich kaum mehr hier in Ffm. befindet und wie sie selbst sagt, sicherlich die meisten ihrer Briefe in den Papierkorb wandern läßt, als einfache Tatsache hin und erhebt keinerlei Vorwürfe, sondern entschuldigt im Gegenteil ihr eigenes „irrsinniges Verhalten“.

Am Aufnahmetag bedrohlicher Zustand mit Kreislauf- und Atemschwäche. Auf Magenspülung, Herz- und Kreislaufmittel allmähliche Erholung, am nächsten Tag wieder bewußtseinsklar. Zur Vorgeschichte macht Patientin ähnliche Angaben wie bei der ersten Aufnahme: Ihr Mann habe in den letzten Jahren sehr viel Geld verdient, das er aber meist selbst verbraucht oder mit anderen Frauen durchgebracht habe. Um sie habe er sich nie gekümmert und sie oft monatelang allein gelassen, ohne ihr eine Aufklärung zu geben. Obwohl sie wußte, daß ihr Mann sie belog, und vor einiger Zeit, als sie mit ihm Hals über Kopf Straßburg verlassen mußte, allem Anschein nach irgendeine Strafhandlung begangen hatte, verzieh sie ihm immer wieder und konnte sich nicht zur Trennung entschließen. Auch seit dem vorigen Klinikaufenthalt sei er nur vorübergehend einmal mit ihr zusammen gewesen, sonst befinde er sich dauernd auf Reisen und stehe oft monatelang in keiner Verbindung mit ihr. Wenn sie sich dann nach langer Zeit wieder trafen, sei die Freude beiderseits meist so groß, daß sie es nicht übers Herz bringe, ihm Vorwürfe zu machen oder ihn um Geld zu bitten. In letzter Zeit sei sie nämlich in sehr schwierigen finanziellen Verhältnissen, da sie arbeitslos geworden sei und keine Unterstützung erhalte.

5. 3. Nach eingehender Aussprache und bei systematischer Beschäftigung mit Haus- und Gartenarbeiten hat sich die Patientin wieder so weit von ihrem Kummer abgelenkt, daß sie selbst auf Entlassung drängt und durchaus vernünftige Pläne betreffs Arbeitssuche, Wohnung usw. entwickelt.

Wird nach Hause entlassen.

In diesem Falle löst nicht eine menschliche Enttäuschung eine verständliche Traurigkeit aus, die schließlich allmählich wieder abklingt und überwunden wird, sondern die Patientin kapituliert über Jahre hindurch in mehreren Depressionen und Suicidversuchen immer wieder von neuem unter der Last ihrer unglücklichen Ehe. Sie erkennt wohl durchaus die Schlechtigkeit ihres Mannes, der in rücksichtslosem Egoismus das Geld alleine verbraucht oder mit anderen Frauen durchbringt und sie völlig links liegen läßt, aber sie kann sich nicht zur Trennung entschließen. Entweder ist ihr Mitleid so groß, nachdem sie z. B. mit ihm fliehen muß, nachdem er höchstwahrscheinlich eine Straftat begangen hat —, die er ihr aber verschwiegen hat, — oder sie findet beim Wiedersehen nach monatelanger Trennung vor lauter Freude,

daß er wieder zu ihr gekommen ist, nicht den Mut, ihn wegen der Vernachlässigung seiner ehelichen Pflichten zur Rede zu stellen oder überhaupt ihm von ihrem Kummer und den äußeren Sorgen und Lebensschwierigkeiten zu reden. Dieses ständige Hin- und Herschwanken, die Unfähigkeit, gefühlsmäßige Konflikte mit dem Verstand nüchtern zu erkennen und gemäß dieser Einsicht eine Willensentscheidung zu treffen, kommt auch in der Art des letzten Suicidversuches der Patientin in bezeichnender Weise zum Ausdruck. Daß dieser nicht ganz ernst gemeint ist, geht daraus hervor, daß sie zur Vorsicht einen Zettel bei sich führt „zur Erleichterung des Arztes“, auf dem Menge und Art der eingenommenen Tabletten genau vermerkt sind. Aber es ist auch kein rein demonstrativer Akt, denn der Mann ist ja abwesend, sie kann höchstens mit der Möglichkeit rechnen, daß er in der Ferne davon erfährt. In einer ausführlichen schriftlichen Erklärung bezeichnet sie zudem ihre Handlungsweise als „irrsinniges Verhalten“ und beschuldigt so anstatt ihres Mannes sich selbst. So fehlt ihr nicht nur der Mut, das Hindernis aktiv zu beseitigen, sie ist ebenso wenig fähig, eine eindeutige passive Bilanz zu ziehen und endgültig Alles aufzugeben. Auf dem Höhepunkt innerer und äußerer Bedrängnis steckt sie einfach den Kopf in den Sand, indem sie einige Schlaftabletten nimmt und alles andere dem hoffentlich gnädigen Zufall überläßt.

So bietet diese Depression mehr das Bild einer abgekämpften Resignation, eines „die Flügel-hängen-lassens“. Während man die depressiv Emotiven (Fall 1 und 2) eher behutsam und sanft aus ihrer Trauer herausführen möchte, ist man bei solchen Kranken als Arzt mehr versucht, ihnen energisch zuzureden, um sie aus ihrer Willenslosigkeit und Entscheidungsunfähigkeit aufzurütteln.

Fall 4: Karl Ma., 34 Jahre, aufgenommen 12. 2. 41.

Wird wegen nervösen Schwächezustandes eingewiesen. Angaben der Ehefrau: Die Mutter und Muttergeschwister seien alle etwas nervös, sonst keine Nerven- oder Geistesstörungen in der Familie. Patient selbst an Blinddarm operiert, sonst nicht ernstlich krank gewesen. In der Schule gut gelernt. An Weihnachten verbrühte er durch Anstoßen an ein Gefäß mit kochendem Wasser sein Kind, das schwere Verbrennungen erlitt. Seitdem sei er bedrückt esse nicht mehr, weinte öfters.

Seit 8 Tagen liege er im Bett und klage über Schmerzen im Rücken und in den Beinen. Klagte über Schwindelanfälle und sei wiederholt bei dem Versuch, aus dem Bett aufzustehen, zusammengebrochen. Er sei schon immer nervös gewesen und neige dazu, bei irgendwelchen Aufregungen oder Lebensschwierigkeiten gleich die Energie zu verlieren.

Patient bestätigt selbst, er habe schon immer alles sehr tragisch genommen und sich oft über verhältnismäßig geringfügige Vorkommnisse oder Erlebnisse sehr aufgeregt. Er wisse selbst, daß er vor äußeren Schwierigkeiten leicht kapituliere und den Mut verliere.

Es besteht ein ausgeprägtes Erysipel mit Schwellung und Rötung des ganzen Gesichtes und Krusten- und Borkenbildung. Neurologisch lebhafte Reflextätigkeit ohne sonstige krankhafte Erscheinungen, vermehrte Schweißsekretion, Lidtremor, Sprezzzittern der Hände.

Patient gibt noch an, er mache sich heftige Vorwürfe, daß sein Kind durch seine Schuld durch die Brandwunden so geschädigt sei. Er sei durch dieses Ereignis völlig zusammengebrochen. Auch früher habe er schon mehrmals bei Schwierigkeiten im Geschäft keinen Ausweg mehr gewußt, als sich ins Bett zu legen. Er mache sich dann immer gleich Selbstvorwürfe und glaube, er könne nicht das leisten, was man von ihm erwarte. Auch bei anderen Aufregungen oder wenn er vor neue Situationen trete, bilde er sich immer zuerst ein, er versage und sei den Aufgaben nicht gewachsen.

23. Unter Protosil schon nach 2 Tagen Absinken der Temperatur. Besserung des Allgemeinzustandes. Läßt sich noch sehr hängen.

27. 2. Auch die lokalen Hauterscheinungen haben sich weitgehend zurückgebildet. Zugleich mit der Hebung des körperlichen Befindens wird er auch psychisch freier und sicherer. Er denkt jetzt durchaus vernünftig und einsichtsvoll über den Unglücksfall seines Kindes, und es regt sich in ihm auch wieder der Wunsch, nach Hause zu kommen und seine Arbeit wieder aufzunehmen.

1. 3. Wird bis zum völligen Ausheilen des Erysipels in das Städt. Krankenhaus verlegt.

Auch hier sehen wir — an die beiden ersten Fälle erinnernd — Bedrücktheit, Teilnahmslosigkeit, Appetitlosigkeit, vielfältige körperliche Beschwerden: als auslösendes Erlebnis ein tragischer Zufall: Der Pat. hat durch Anstoßen an ein Gefäß mit kochendem Wasser sein Kind verbrüht und ihm schwere Verbrennungen beigebracht. Und doch sind beim Vergleich mit dem in der äußeren Symptomatologie scheinbar ähnlichen Fall 3 auch wieder wesentliche Verschiedenheiten nicht zu verkennen. Auch hier ist der beherrschende Untergrund nicht so sehr die Trauer, das schmerzliche Erlebnis eines unerbittlichen harten Schicksalsschlages, nicht ein düsteres Schwarz-in-Schwarz, sondern einfache Lähmung, die fast körperlich-organisch wirkt, ein Nichts-mehr-können und Nichts-mehr-wollen, ein Sich-hängen-lassen, eine graue oder farblose Leere. Der Emotive wird in seiner Depression mit dem tragischen Erlebnis nicht fertig, der Psychastheniker — so könnte man sagen — wird mit sich selbst nicht fertig. Schon die unvermeidlichen täglichen Reibungen mit der Außenwelt sind ihm eine Last, deren Bewältigung immer hart an die Grenzen seiner seelischen und körperlichen Leistungsfähigkeit geht; gibt es aber einmal besondere Schwierigkeiten in Familie oder Beruf, versagt er völlig, legt sich ins Bett und zieht die Decke über den Kopf. So schildert es der Kranke selbst im Bewußtsein eigener Energielosigkeit. Und weil er weiß, daß er bei der geringsten Aufregung oder Lebensschwierigkeit versagt und nicht dagegen ankommt, macht er sich, wie er es selbst schildert, Selbstvorwürfe und bildet sich vor neuen Aufgaben von vornherein ein, er sei ihnen nicht gewachsen. In dem geschilderten besonderen Krankheitsfalle kommt noch die körperliche Erkrankung des Erysipels als zusätzliche Belastung hinzu. So ist das Weinen dieses Patienten mehr der Ausdruck willensmäßiger Ohnmacht und körperlicher Schwäche im Gegensatz zu dem — wenn man einmal so sagen darf — gefühlvollen Schluchzen der Emotiven. Mit der Hebung des Körperbefindens

findet der Kranke schließlich auch wieder die Kraft, sich willensmäßig aufzuraffen.

Zur Erbllichkeit ist bei diesem Kranken noch zu bemerken, daß die Mutter und Muttergeschwister von der Ehefrau alle als „etwas nervös“ bezeichnet werden.

Wieder etwas anders sehen die depressiven Bilder aus, denen eine der angeborenen Psychasthenie sehr ähnliche Verfassung zugrunde liegt, die aber erworben oder jedenfalls somatogen ist. Hierzu gehören nicht nur depressive Bilder etwa bei zehrenden chronischen Erkrankungen, bei endokriner Dysregulation und vegetativ-nervösen Störungen, nach Operationen, körperlich-seelischer Überlastung und Erschöpfung oder bei Mangelernährung, sondern auch die biologischen Krisen der Reifung, Involution, Menstruation und Gravidität usw. können Hintergrund und Disposition für solche *vegetativ-hypochondrischen Depressionen* schaffen, für die der folgende Fall als Beispiel diene.

Fall 5: Paula Ju., 59 Jahre, aufgenommen 13. 8. 38.

Wird wegen Suicidgefahr eingewiesen. Die Tochter gibt an, Patientin sei schon seit mehreren Wochen verstimmt und fühle sich gestört durch ein Maschinengeräusch im Hause. Sie mache sich Sorgen, daß sie und ihre Tochter gesundheitlich herunterkämen. Klagte über Müdigkeit, Kopfschmerzen, wolle manchmal morgens nicht aufstehen und hatte eine Scheu vor fremden Menschen. Früher habe sie ähnliche Zustände nie gehabt, sei bis vor 2 Jahren an der Städtischen Bibliothek beschäftigt gewesen.

Angaben der Patientin: Eltern in hohem Alter ohne besondere Krankheiten gestorben, 2 Brüder gesund, Ehemann im Krieg gefallen, eine Tochter etwas nervös, keine Nerven- oder Geisteskrankheiten in der Familie. Selbst früher nicht ernstlich krank gewesen. Menstruation immer regelmäßig, Menopause mit dem 48. Lebensjahr.

Sei früher eigentlich recht heiter und ausgeglichen gewesen. Der Tod ihres Mannes habe sie vorübergehend recht mitgenommen. Im Mai d. J. habe sie eine neue Wohnung bezogen. In diesem Haus sei eine Bäckerei, in der bereits um 4 Uhr morgens eine Maschine ein Geräusch mache, das sie sehr störe. Sie habe sich deshalb Vorwürfe gemacht, diese Wohnung genommen zu haben. Vor allem habe sie befürchtet, ihre Tochter werde krank davon werden, denn sie selbst sei davon immer wach geworden und durch sie auch ihre Tochter. Auch habe sie sich Gedanken gemacht, daß die Wohnung zu teuer sei. Der ganze Wohnungswechsel sei eben übereilt gewesen. Sie sei von jeher schon immer gewissenhaft und genau gewesen. Das mache sich sicherlich auch bemerkbar, daß sie durch die Umzugsarbeit damals stark mitgenommen sei.

Vor 4 Wochen sei sie in Eppstein zur Erholung gewesen. Auch dort hätte sie immer eine gewisse innere Unruhe und Angst gehabt. Sie habe sich ganz zurückgezogen, weil sie geführt habe, unter den Leuten aufzufallen, habe sich deprimiert gefühlt und mußte immer ihre Tochter um sich haben. Auch am Aufnahmetage habe sie sich morgens besonders müde und mutlos gefühlt, sei so elend gewesen, daß sie im Bett bleiben mußte. Daraufhin habe sie der zugezogene Arzt in die Klinik eingewiesen. Jetzt habe sie auch über Müdigkeit und Mattigkeit zu klagen, könne nachts nicht schlafen, habe immer Angst, ihren Haushalt nicht mehr führen zu können. Hier in der Klinik bedrücke sie der Anblick der vielen kranken Menschen. Patientin weint, während sie erzählt und erklärt unter Tränen, wieviel und gern sie früher gearbeitet habe und wie fleißig sie in der Bibliothek gewesen sei. Jetzt habe sie gar keine Energie mehr.

Körperlich-neurologisch: Etwas blaß, aber sonst kein krankhafter Befund.

Die psychisch-experimentelle Prüfung ergibt keine Herabsetzung der geistigen Leistungen.

Bei der Exploration manchmal etwas weinerlich, gibt jedoch geordnet Auskunft. Äußert immer wieder die Befürchtungen, daß sie schwer krank sei und fragt mehrmals, ob ihr Zustand denn noch zu bessern sei oder ob er sich weiter verschlimmere. „Es wird doch keine Hirnerweichung sein“²⁴.

26. 8.: Kommt immer wieder mit allerlei körperlichen Beschwerden, vor allem Klagen über schlechten Stuhlgang, Schlaflosigkeit und allgemeine Mattigkeit. Sie ist im ganzen zwar etwas freier, aber immer noch zeitweise dem Weinen nahe. Erklärt zwar, sie schlafe fast keine Nacht, schläft aber dann schon auf ein ganz leichtes Beruhigungsmittel sehr gut. Macht sich Gedanken, ob ihre Tochter, die Lehrerin ist, nicht vielleicht durch die Tatsache, daß sie krank und in der Klinik sei, in ihrem Beruf Nachteile haben könne.

30. 8.: Deutliche Besserung, fühlt sich durch das Milieu etwas bedrückt und meint, so schwer krank sei sie doch nicht, daß sie hierher gehöre.

3. 9.: Wird in gebessertem Zustande nach Hause entlassen.

Gut 10 Jahre nach der Menopause tritt bei der bis dahin gesunden Frau ein Depressionszustand auf, der durch die Betonung allgemeinkörperlicher Beschwerden seine besondere Prägung gewinnt: Kopf-, Rückenschmerzen, Schlaflosigkeit, schlechter Stuhlgang, allgemeine Abgeschlagenheit. Aber auch die im engeren Sinne psychischen Inhalte beziehen sich ihrerseits wieder vorwiegend auf die Körpersphäre: Sorgen um die eigene und der Tochter Gesundheit, ängstliche Krankheitsbefürchtungen, innere Unruhe. Auch das auslösende Moment selbst, der allmorgendliche Maschinenlärm im Hause zeigt die überwiegende Bedeutung der körperlich-nervösen Resistenzschwäche für das Zustandekommen dieser Krankheitsform. Der Aufenthalt in der Klinik als einem ganz neuen unbekannten Milieu läßt die Pat. beim Vergleich mit anderen Kranken bald einsehen, daß sie selbst doch nicht so schwer krank ist, wie sie gefürchtet hat und lenkt sie von ihren eigenen Sorgen und Beschwerden ab, so daß sie nach 3 Wochen in recht gebessertem Zustand entlassen werden kann.

So ist auch hier — im Gegensatz zu den Emotiven — ebenso wie bei der Psychasthenie nicht in erster Linie das Gleichgewicht der Gefühle gestört, sondern die Wurzel dieser *vegetativ-hypochondrisch gefärbten motivierten Depressionszustände* ist die somatopsychische Insuffizienz, das Darniederliegen der körperlichen Resistenz und psychischen Aktivität. Dies gilt für einen großen Teil der klimakterischen und involutiven Depressionen, es sei denn, daß sie durch eine ganz andersgeartete, hiermit nicht zu verwechselnde Symptomatologie ihre Zugehörigkeit zu den endogenen manisch-depressiven Psychosen offenbaren.

Es folgen nun die motivierten Depressionen der *cyclothymen Temperamente*, die durch die besondere Bedeutung der Stimmungsqualität eine wiederum von den bisher geschilderten unterscheidbare Gestaltung erhalten.

Fall 6: Elisabeth Te., 46 Jahre, aufgenommen 8. I. 36.

Mit der Rettungswache gebracht, wurde aus dem Main gezogen. Durchnäßt. zittert vor Kälte.

Vor einem Jahr von ihrem Mann schuldig geschieden, 4 Kinder, 2 verheiratet. Die Kinder sind ihr bis auf eines genommen worden. Patientin gibt zu, ihrem Mann untreu gewesen zu sein.

In der Schule mäßig gelernt, nach der Schule als Blumenbinderin im elterlichen Geschäft gearbeitet, mit 19 Jahren geheiratet. Sei immer ausgesprochen lebenslustig und gesellig gewesen. Habe nie Verstimmungen gehabt. Nie krank gewesen. Ihr Mann sei ein schwerer Trinker gewesen, und es habe viele eheliche Zwistigkeiten gegeben. Sei in der Trunkenheit vom Auto überfahren worden und habe 2 Jahre im Krankenhaus gelegen, verlor Geschäft und Wohnung.

In den letzten 3 Jahren hatte Patientin ein Verhältnis mit einem Bekannten, der selbst verheiratet war. Der Ehemann der Patientin reichte im vorigen Jahr die Scheidung ein, und die Patientin wurde schuldig geschieden. Man habe ihr schon mehrmals gedroht, ihr auch das 4. Kind zu nehmen, aber sie habe es nie glauben können. Gestern sei nun ganz überraschend das 11 jährige Kind abgeholt worden. Darüber sei sie so kopflos gewesen, daß sie keine Lust mehr zum Leben hatte. Gibt auf Befragen zu, immer etwas leichtsinnig gewesen zu sein und auch noch allerlei Verhältnisse mit anderen Männern unterhalten zu haben. Intimere Beziehungen bestreitet sie jedoch heftig.

Ist jetzt gedrückter Stimmung, bereut, daß sie sich mit anderen Männern eingelassen hat und macht sich Vorwürfe. Kann sich nicht an den Gedanken gewöhnen, daß sie von jetzt ab ohne das Kind leben soll. Niedergeschlagener Ausdruck, monotones Sprechen, einsilbige Antworten.

Körperlich-neurologisch: Kein krankhafter Befund.

Bei der intellektuellen Prüfung sind die Leistungen etwas mäßig, die Patientin beantwortet die Fragen noch sehr langsam und muß dauernd wieder angetrieben werden. Sitzt während der Prüfung bewegungsarm da, nur manchmal verzieht sich ihr sonst ausdrucksloses Gesicht zu einem halb gequälten, halb verlegenen Lächeln, öfters gerät sie ins Schluchzen und Weinen.

14. 1.: Patientin gibt ergänzend noch an, die Frau ihres Bekannten liege seit längerer Zeit im Städtischen Krankenhaus und sei an Unterleibskrebs erkrankt. So hätte sie mit diesem Mann sich nur ausgesprochen, weil sie doch beide eine unglückliche Ehe hätten. Eine Frau im Haus habe diese Freundschaft heruntergesetzt und häßliche Schimpfworte gebraucht. Außerdem habe sie sich sehr geschämt über ihren Sohn, der in seinem Geschäft eine kleine Unterschlagung machte und deshalb entlassen wurde. Sie habe immer noch Beziehungen zu ihren Kindern gehabt und auch immer noch gehofft, daß ihr wenigstens noch ein oder zwei vom Gericht zugesprochen würden. Während ihr Mann sich nie um die Kinder gekümmert habe, hänge sie doch mit jeder Faser ihres Herzens an ihnen und könne einfach nicht ohne sie leben. Zu all diesen Aufregungen seien auch noch wirtschaftliche Sorgen hinzugekommen, da infolge der Entlassung des Sohnes dessen Zuschuß ausfiel und sie nun plötzlich mittellos dagestanden habe. Auf Befragen gibt sie noch an, sie habe seit etwa $\frac{3}{4}$ Jahren unregelmäßige Blutungen und „fliegende Hige“.

Ihre Mutter habe nach dem Tod ihres Mannes mit 60 Jahren eine Depression gehabt und sei 8 Wochen in einem Nervensanatorium gewesen.

22. 1.: Völlig unauffällig, gute Stimmung, unterhält sich freundlich und verneigt mit anderen Patientinnen, drängt nach Hause.

5. 2.: Weiterhin ausgeglichen, meist etwas heitergefärbte Stimmung, ist gefühlsmäßig sehr beeindruckbar, keine depressiven Symptome. Dem Arzt und den Schwestern gegenüber sehr freundlich und aufgeschlossen, hat „das Herz auf der Zunge“. Wird nach Hause entlassen.

Schon die leichtsinnige Lebensführung mit vielen Männerbeziehungen zeigt das hypomanische Temperament der Pat., die sich selbst als ausgesprochen lebenslustig und gesellig bezeichnet. Scheidung, Wegnahme eines Kindes, das durch üble Nachrede von Nachbarn getrübt Verhältnis zu einem anderen Mann, Beschämung über ein Vergehen des Sohnes (auch Hypomanicus?), das sind die Motive ihrer Erkrankung. Die Vielzahl der Motive steht im Gegensatz zu dem meist einzigen oder wenigstens dem einen beherrschenden auslösenden Erlebnis der Emotiven. Auch diese Kranke ist bedrückt, hat langsame, müde Bewegungen und monotone Stimme. Bei der Exploration jedoch breitet sie ohne Zwang ihre Kümernisse aus und erzählt lebhaft von allem, was sie bewegt. Schon nach einigen Tagen sieht man sie wieder in freundlicher und vergnügter Unterhaltung mit anderen Kranken. Ihr Temperament hat sich durchgesetzt, und heiter, wie sie von Hause aus ist, verläßt sie die Klinik.

Es ist hier nicht der tragische Schmerz, das zu Herzen gehende rührende Leid der Emotiven, sondern eigentlich nur eine *Bekümmernis*, ein vorübergehendes Anhalten des zur Lebensbemächtigung drängenden Temperamentes. So wie ein Kind in heiter-unbekümmertem Spiel auf eine Mahnung des Erziehers plötzlich einhält, das Köpfchen für einen Augenblick senkt und das Spielzeug fallen läßt, hat es sich bald wieder gefangen, und das Spiel geht mit ungetrübter Heiterkeit weiter. Bei den Emotiven hohe Empfindlichkeit der Stimmungswaage mit großem Exkursionsbereich nach oben und unten, bei den Hypomanischen Dauereinstellung auf erhöhtem Niveau, das nur vorübergehend einmal erschüttert wird. Dabei ist freilich diese Höhereinstellung keine absolut starre und ein für allemal fixierte — wie bei der ausgeprägten Manie — sondern Ausschläge sind durchaus möglich, ja sicher sogar leichter auslösbar als bei festem „normalen“ Niveau. Dies ergibt sich auch aus der Erblichkeit der Kranken, deren Mutter mit 60 Jahren nach dem Tode ihres Mannes eine mehrwöchige Depression durchgemacht hat.

Fall 7: Gertrud Ku., 27 Jahre, aufgenommen 11. 11. 38.

Wird vom Nervenarzt wegen Depression mit Suicidgefahr eingewiesen. Die begleitende Dame, bei der die Patientin als Hausangestellte tätig ist, macht folgende Angaben:

Patientin sei immer tüchtig und zuverlässig gewesen, von Nervenleiden oder Geistesstörungen in der Familie nichts bekannt. Seit 3 Wochen etwa sei sie verändert, konnte nicht mehr schlafen, wollte nichts essen, war gedrückter Stimmung, habe ab und zu geweint und sich Selbstvorwürfe gemacht, so habe sie erklärt, sie sei ja nur zum Schein in die Küche gegangen, sei verlogen und schlechter als sie scheine, habe sich versündigt. Ein Zustand von Hoffnungslosigkeit und Gefühl der Leistungsunfähigkeit. Von ängstlicher Erregung habe sie nichts bemerkt. In letzter Zeit habe sie auch Selbstmordgedanken geäußert. Früher sei sie in ihrem Wesen immer still und schweigsam gewesen; soviel ihr bekannt sei, habe die Patientin vor 10 Jahren bereits einen sechswöchigen Depressionszustand gehabt.

Patientin macht selbst folgende Angaben: Eltern und 10 Geschwister gesund, keine Nerven- oder Gemütskrankheiten oder Suicide in der Familie. Selbst abgesehen von Kinderkrankheiten nicht ernstlich krank gewesen. In der Schule mittelmäßig gelernt, nach der Schulentlassung 2 Jahre zu Hause bei den Eltern geholfen und dann als Hausgehilfin in Stellung.

Früher immer heiter und lustig gewesen, viele Freundinnen und Gesellschaft gehabt. Vor etwa 10 Jahren sei sie etwa 6 Wochen lang in sehr gedrückter Stimmung gewesen, habe nicht mehr arbeiten können und religiöse Skrupel gehabt. Sie habe damals große Unannehmlichkeiten mit ihrer Arbeitgeberin gehabt, die sie ständig schikaniert habe.

Vor etwa 2 Monaten habe ihr Arbeitgeber in Abwesenheit seiner Frau verschiedene Male junge Mädchen eingeladen und ihr geboten, über die Sache zu schweigen. Eine bekannte Dame der Familie habe sie so lange ausgefragt, bis sie alles gestanden habe, und sie habe ja „eine sehr böse Zunge“ und erzähle dann alles, was sie wissen wollte. Der Arbeitgeber sei daraufhin in Untersuchungshaft gekommen und dann in seine Heimat Luxemburg geflohen, damit er nicht wieder gefaßt werde. Sie mache sich nun Vorwürfe, weil er nicht mehr zu Frau und Kind zurück könne, nur wegen ihrer bösen Zunge. Es komme aber daher, weil sie keinen richtigen seelischen Halt habe und schon immer alles zu leicht genommen habe.

Sie glaube jetzt, sie sei in der Gewalt des Teufels, sonst hätte das alles nicht kommen können. Die Leute sähen sie auch so merkwürdig an, weil sie eben nicht ehrlich sei und niemandem richtig in die Augen sehen könne.

Sie habe an nichts mehr Interesse, ihre Kleider und die Arbeit seien ihr gleichgültig geworden, ihre Gewissensbisse hätten ihr keine Ruhe gelassen, und sie sei von einem Ende zum andern durch die Stadt geirrt.

„Für mich ist es gerade so, als ob die Welt nicht mehr bestünde, ich weiß nicht mehr, ob ich schlafe oder nicht, ich kann nicht mehr denken, nicht vorwärts und rückwärts, es klopft und hämmert in mir, die Unruhe quält mich, aber mir etwas anzutun, dazu bin ich zu feige. Für mich gibt es auch keinen Tod mehr, ich fühle mich, wie wenn ich jetzt schon tot wäre.“

Sie glaube, sie sei verloren und kein Geistlicher und kein Arzt könnten ihr mehr helfen, weil sie alles selbst verschuldet habe. Auch wenn ihre Eltern kämen, könnte sie sich nicht mehr freuen. Sie beneide alle Patienten hier, obgleich manche geistig gestört wären, sie hätten aber doch wenigstens noch einen seelischen Halt.

Sitzt in schlaffer Haltung und mit starrem Gesichtsausdruck da, spricht mit monoton klagender Stimme, weint nur manchmal leise und kurz. Nimmt keinen Anteil an der Umgebung, spricht selbst von einer gewissen Denkhemmung. Der Gesichtsausdruck ist immer gleichbleibend bei allgemeiner Bewegungsarmut. Keinem Zuspruch zugänglich, spricht von einer „Seelenverlorenheit“.

Die psychisch-experimentelle Prüfung ergibt gute Leistungen, bei einer gewissen allgemeinen Verlangsamung und Abgelenktheit durch die Selbstanklagen und Vorwürfe. Meint selbst immer, ihre Lösungen wären falsch und erklärt, sie habe auch in den letzten Wochen nie verstanden, was sie gelesen habe.

Körperlich-neurologisch kein krankhafter Befund.

20. 11.: Sehr still, trauriger Gesichtsausdruck, glaubt nicht an Gesundung. In ihrem Benehmen sehr bescheiden und wohlgezogen, fleißig und hilfsbereit. mit allem zufrieden.

30. 11.: Unter Pervitin etwas zugänglicher und gesprächiger den anderen Patienten gegenüber, klagt aber immer noch über innere Gewissensunruhe. Während sie aber anfangs sich auch vom Geistlichen keinen Trost versprach, verlangt sie jetzt spontan nach ihm.

5. 12.: Klagt weiterhin über innere Unruhe und Schlaflosigkeit.

8. 12.: Nicht mehr ganz so niedergeschlagen und hoffnungslos. Wird gegen Revers vom Vater abgeholt.

Dieser Fall stellt von den bisher besprochenen zweifellos die schwerste Erkrankung und tiefste Depression dar. Wir erkennen zunächst die typische Symptomatologie der Melancholie: schwere Selbstvorwürfe, Schuld- und Versündigungsgefühle, Selbstverkleinerung, religiöse Skrupel, Beziehungsideen; auch Depersonalisationserlebnisse und wahnhaft-nihilistische Vorstellungen durchdringen das Bild in Form des Gefühls äußerer und innerer Leere, des Stillstehens äußeren Lebens und innerer Denk-, Vorstellungs- und Gefühlsvorgänge: „Für mich gibt es keinen Tod mehr, ich fühle mich, wie wenn ich jetzt schon tot wäre“. Dabei maskenartig erstarrter Gesichtsausdruck, allgemeine Bewegungsarmut. Und der Anlaß nichts als ein harmloser Konflikt mit dem Arbeitgeber, der bei übertriebener Gewissensstrenge und Skrupulosität geradezu zur Existenzfrage wird, bis sich die Kranke schließlich in der Gewalt des Teufels wähnt.

Im Gegensatz zu allen anderen bisherigen Krankheitsbildern sind hier die seelischen Inhalte der Psychose vom normalen Seelenleben her kaum aus dem Motiverlebnis direkt ableitbar und einfühlbar. Diese Krankheitsform ist nur aus der ausgesprochen *subdepressiven Veranlagung* verständlich. Pat. ist von Haus aus ein sehr ernster, stiller, bescheiden-zurückhaltender Mensch mit starken religiösen Bindungen, übertrieben strengen sittlichen Wertungen und Neigung zum Grübeln. So trifft hier die — als psychischer Krankheitskeim aus sich heraus kaum lebensfähige — Saat des Geschehnisses einen vorbereiteten Boden und gewinnt in ganz besonderem Maße Motivcharakter. Der schwarze Untergrund zieht alles Dunkle mit unwiderstehlicher Gewalt an und macht es noch dunkler. Wie ein Magnet die Eisenfeilspäne, so zieht der Depressive aus allem Erlebten mit elektiver Affinität immer nur das Negative, Dunkle, ihm Adäquate heraus. Die geringsten Anlässe genügen, die an sich schon weit unter der Normallinie eingestellte Stimmungswaage noch tiefer hinunterzudrücken. So hat die Pat. bereits vor 10 Jahren einen mehrwöchigen Depressionszustand mit religiösen Versündigungsideen durchgemacht im Anschluß an Differenzen mit der Arbeitgeberin.

Man könnte hier die Frage aufwerfen, ob es sich nicht doch um endogene Depressionen handelt, die lediglich „reaktiv ausgelöst“ oder „psychisch provoziert“ seien. Wenn die depressive Veranlagung auch längst nicht immer so ausgeprägt zu sein braucht wie hier, so eignet ihr aber doch im allgemeinen eine ganz besondere Neigung zu solchen psychotischen Vertiefungen und Verdichtungen der Persönlichkeitsart, tragen die Depressiven doch alle Symptome der Krankheit schon im Keim in sich. Die hypomanischen Temperamente, die ja wohl die antipolare Affinität zur heiteren Sonnenseite des Lebens besitzen, reagieren sicher nicht minder auf die ihnen adäquaten positiv gefärbten Gefühls- und Stimmungsregungen (die umstrittenen und praktisch nie zu beobachtenden „reaktiven Manien“). Sie fallen aber

weniger auf, weil sie durch motorische Betriebsamkeit ableiten können und Lustigkeit, auch wenn sie übertrieben ist und zu leichtsinnig-verschwenderischer Betriebsamkeit wird, von der Umwelt viel weniger als krankhaft gewertet und erkannt wird, als der depressive Mensch, der schon in — für ihn — gesunden Tagen von den Mitmenschen als „Simulierer“ oder „Schwarzseher“ gemieden wird. Manie verträgt sich eben besser mit dem Leben als Melancholie, was ja auch objektiv darin zum Ausdruck kommt, daß die Manie tatsächlich die körperliche Leistungsfähigkeit und Resistenz stärkt (Specht), während die Melancholie die vegetativen Funktionen lähmt und in Nahrungsverweigerung und Suicidtendenz ihre Lebensfeindschaft eindeutig bekundet. Wir besitzen keine sicheren Kriterien, um im Einzelfalle entscheiden zu können, ob es sich um eine motivierte Depression bei depressivem Temperament oder um eine motivisch eingeleitete endogene Krankheitsphase handelt. Die Symptomatologie auch der sicher nicht als endogene Depressionen aufzufassenden motivierten Krankheitsbilder der Depressiven ist von den rein endogenen kaum abzugrenzen, weil sich eben hier Motivwirkung und Veranlagung in ihrer Bedeutung für die Ausgestaltung der Psychose kumulieren. Wiederholte Erkrankungen allerdings deuten, auch wenn immer ein auslösendes Erlebnis gegeben ist, auf endogene Entstehung hin, ebenso wie man gleichartige oder wesensverwandte Erblichkeit in diesem Sinne verwerten wird.

Ähnliche Wirkungszusammenhänge finden wir bei den nun folgenden Beobachtungen bei *anankastischer Veranlagung*.

Fall 8: Otto Ro., 35 Jahre, aufgenommen 21. 9. 36.

Wird wegen „Nervenschwäche“ eingewiesen.

Angaben der Ehefrau: Nie krank gewesen, seit 7 Jahren verheiratet, keine Kinder, immer ruhig, tüchtig, außerordentlich gewissenhaft, ernst und solide. Bisher aber keine Depressionen. Vom 4. 8. bis anfangs September in Untersuchungshaft mit seinem Chef, bei dem Patient Buchhalter ist. Seitdem gedrückt, ängstlich, weinte viel, ließ den Kopf hängen. Sagte nachts dauernd, er wisse etwas, was er niemandem sagen könne, sprach sonst kaum etwas, aß wenig und war schlaflos. Fühlte sich verfolgt, horchte an den Türen, lief ruhelos umher und sagte „leben kommen sie und holen mich“. Äußerte, es sei alles zwecklos, er werde doch noch gefaßt und äußerte Selbstmordgedanken.

Angaben des Patienten: Früher nicht ernstlich krank gewesen, gute Schulleistungen, Maurer gelernt, später als Industrie- und Munitionsarbeiter gearbeitet und dann bei der Reichsbahn Arbeiter. 1924 Kreditverein gegründet, der nach einjährigem Bestehen in die Gewerbebank eingegliedert wurde. Er selbst war Schriftführer. Dann nach kurzer Arbeitslosigkeit in einer Schnapsbrennerei und Mineralwasserfirma als Buchhalter tätig. Er lebe in glücklicher Ehe, in der Familie keine Nerven- oder Geisteskrankheiten, keine Selbstmorde oder traurige Verstimmungen.

Mitte August zusammen mit seinem Chef in Untersuchungshaft gekommen wegen Vergehens gegen das Branntweinmonopolgesetz. Sein Chef habe sich kleine Ungenauigkeiten zuschulden kommen lassen mit Verstößen gegen Zollbestimmungen. Diese seien entdeckt und er selbst als Buchhalter mit angeklagt worden. Von

Mitte August bis Anfang September in der Untersuchungshaft. In dieser Zeit schon gedrückt und niedergeschlagen gewesen. Dies sei aber jetzt zuletzt immer schlimmer geworden, er könne jetzt überhaupt nicht mehr darüber hinwegkommen, das Leben mache ihm keine Freude mehr und sei verpfuscht.

Körperlich-neurologisch kein krankhafter Befund.

Gute intellektuelle Leistungen.

In den ersten Tagen fast stuporös, antwortet kaum auf Fragen, wird erst ganz allmählich etwas zugänglicher.

24. 9.: Gerät gelegentlich ins Weinen, wenn man sich nach seinem Befinden erkundigt, ist unempfindlich für jegliche Art von Zuspruch. Sitzt stundenlang für sich in einer Ecke, starrt vor sich hin oder zum Fenster hinaus, spricht nicht, sucht keinerlei Anschluß zur Umgebung.

1. 10.: Sitzt immer niedergeschlagen mit sorgenschwerer Miene in einer Ecke, fängt leicht zu weinen an, wenn man sich mit ihm beschäftigt. Wenn man genauer und länger auf ihn eingeht, wird er etwas zugänglicher und zutraulicher.

10. 10.: Bei Besuchen von Angehörigen weinerlich, untröstlich, spricht kaum, starrt vor sich hin. Hält sich auf der Abteilung für sich, geht allen Kranken aus dem Wege.

20. 10.: Weint nur noch selten, wenn man über die Vorgänge, die zu seiner Einlieferung geführt haben, mit ihm spricht. Scheint sich ganz allmählich etwas zu bessern.

11. 11.: Keine weitere Besserung, traurig ängstlicher Gesichtsausdruck, akinetisch entschlusßunfähig gehemmt, sagt mit langsamer monotoner Stimme „Ach Gott, ich habe Angst“, mehrmals wiederholend. Er könne sich nicht aussprechen, mache sich Vorwürfe.

1. 12.: Immer noch gehemmt, nicht zu beeinflussen.

8. 1. 37: Wird seit einiger Zeit bei der Außenarbeit beschäftigt, ist offensichtlich etwas freier geworden, spricht auch ab und zu von sich mit anderen Kranken. Bei der Visite immer noch etwas still, erklärt aber stets, daß es ihm wesentlich besser gehe.

15. 1.: Sehr fleißig, aber immer noch leicht gehemmt und zeitweilig stärkere Stimmungsschwankungen.

20. 1.: Er fühle sich jetzt kräftiger und sei nicht mehr von der Angst vor Verhaftungen, gequält; ist zwar freier, aber immer noch deutlich depressiv.

28. 1.: Erklärt spontan, es gehe ihm bedeutend besser, und er glaube, bald wieder arbeiten zu können. Spricht sich jetzt auch spontan mehr über seine anfänglichen Befürchtungen aus. Er habe immer gefürchtet, sein Chef könne sich etwas antun und er sei dann an dem ganzen Unglück schuld. Er habe gewußt, daß sein Chef unrecht gehandelt habe. Patient scheint aber doch an einigen übertriebenen Befürchtungen noch festzuhalten, ohne es sich und anderen zugeben zu wollen.

15. 2.: Immer noch etwas abgesondert und bedrückt.

15. 3.: Auch jetzt immer noch gehemmt, spricht langsam und leise, macht den Eindruck, als ob er noch nicht viel Lebensmut aufbringe.

1. 4.: Sehr fleißig, beteiligt sich auch gelegentlich an Brettspielen, hält sich aber doch meist für sich, ist ernst und verschlossen.

1. 5.: Geht auch jetzt noch nicht so recht aus sich heraus, ist aber im ganzen wesentlich beruhigter, verständiger und gleichmäßiger.

7. 5.: Wird auf Wunsch und auf Verantwortung des Vaters entlassen.

Auch bei diesem Kranken stellt das Motiv mit seinen Folgen eine besonders repräsentative Verdichtung der Persönlichkeitsartung dar. Der Patient, als Buchhalter ohne eigenes Zutun Mitschuldiger an einem Zollvergehen seines Chefs, kommt in Untersuchungshaft, aus der er aber schon nach kurzer Zeit wieder freigelassen wird. Seit-

dem ist er nicht nur gedrückt und niedergeschlagen, das Leben macht ihm überhaupt keine Freude mehr, erscheint ihm für immer verpfuscht, er äußert Selbstmordgedanken. Hinzu kommt schwere Verfolgungsangst, die ihn ruhelos umhertreibt und an Türen horchen läßt. Schließlich wird er fast stuporös, antwortet kaum, ist allem Zuspruch gänzlich unzugänglich, stöhnt nur gelegentlich stereotyp klagend vor sich hin „Ach Gott, ich habe Angst“. Dieser Zustand allgemeiner Hemmung und Akinese hält fast ein Vierteljahr hindurch an. Erst unter längerer fortgesetzter systematischer Beschäftigung mit Garten- und Feldarbeit löst sich die Erstarrung ganz allmählich. Selbst nach 4 Monaten ist der Pat. zwar deutlich freier, doch immer noch depressiv. Auch weiterhin hält er bei langsam fortschreitender allgemeiner Besserung immer noch an einigen übertriebenen Befürchtungen – Nachteile für Familie, Arbeitslosigkeit, Gefährdung des guten Rufes – fest. Nach 7½ Monaten kann der Kranke in gebessertem Zustande entlassen werden.

Auch hier gilt beim Vergleich des bloßen Geschehnisses und der Krankheitsform die Feststellung „kleine Ursachen, große Wirkungen“. Und so muß auch hier die Erklärung für diese Diskrepanz in der Veranlagung gesucht werden. Der Kranke wird von seiner Frau als ruhig, tüchtig und außerordentlich gewissenhaft, solide und sehr strebsam geschildert. Er sei zwar ernst, habe aber bisher nie Depressionen gehabt. Der Patient gehört wohl zu den anankastischen Persönlichkeiten oder steht diesen seiner Veranlagung nach jedenfalls sehr nahe, und es ist sehr wahrscheinlich, daß man bei besonders darauf gerichteter Explorierung auch Zwangserlebnisse oder Neigung zu Zwangshandlungen hätte eruieren können. Die Elemente des Nachdenkens, Grübelns und Besorgteins erwachsen bei diesen Menschen nicht wie bei den Depressiven aus einer veränderten Stimmungs- und Temperamentslage, sondern bilden sozusagen eine selbständige, allesbeherrschende Triebkraft, eine primäre Strebung. Es sind hier nicht die schablonenhaften trockenen Pedanten gemeint, sondern die von starkem Ehrgeiz, strengen sittlichen Wertungen und starken familiären Bindungen getragenen Persönlichkeiten, denen nur jede Großzügigkeit, jeder Lebenselan abgeht, die alles erst genau prüfen und sich ständig selbst Rechenschaft geben müssen. Auf diese Weise gelangen sie nie zu heiter unbekümmerter Daseinsfreude. Es ist leicht verständlich, daß ihnen bei ihrem, eben doch oft schon zwanghaft gewordenen ständigen Drehen, Wenden und Prüfen der Dinge, ihrem Nachdenken, Sorgen und Grübeln die negativen Punkte und dunklen Seiten nicht nur ihres äußeren Erlebniskreises, sondern auch bei sich selber eher als anderen ins Blickfeld treten. Und so sind sie schon von Natur aus oft selbstunsicher, haben Hemmungen und Minderwertigkeitsgefühle, wohl auch Ansätze von Eigenbezüglichkeit, machen sich übertriebene Sorgen um Gesundheit, Beruf, Familie und Zukunft

und neigen zu moralischen und religiösen Zweifeln. Damit ist aber auch bei den Anankasten, wenn freilich auch auf ganz andere Weise wie bei den konstitutionell Depressiven, der Boden für depressive Erkrankungen bereitet. Eine rein stimmungsmäßige Affinität zur Depression scheint demnach nur insofern zu bestehen, als diese Menschen sich, wie erwähnt, nicht zum Gegenpol heiterer Lebenslust aufschwingen können und als Schlußfolgerung aus ihrer spezifischen Erlebnisweise eher in die Depression absinken.

Ähnliches gilt auch für die sensitiven Psychopathen mit ihrer Empfindsamkeit, dem gesteigerten Ehrgefühl, der Eigenbezüglichkeit, nachtragenden Leichtverletzlichkeit und scheuen Zurückhaltung. Auch die motivierten depressiven Erkrankungen dieser Persönlichkeiten zeigen meist gewisse, aus ihrer Veranlagung verstehbare symptomatologische Abweichungen und Variationen von dem Bild der reinen motivierten Depression, wie wir es bei den emotiven Persönlichkeiten sehen. Manche Emotive haben zweifellos auch sensitive Züge, die Abgrenzung ist oft nicht sicher.

2. Zusammenfassung und allgemein psychopathologische Ergebnisse:

Die Sichtung der klinisch-symptomatologischen und psychopathologischen Ergebnisse der bisherigen Beobachtungen ergibt die Zusammengehörigkeit zu einer einheitlichen Gruppe gegenüber den im zweiten Teil zu beschreibenden Krankheitsfällen. Bei aller Ähnlichkeit der klinischen Erscheinungsbilder waren aber auch innerhalb dieser Gruppe deutliche und wesentliche Verschiedenheiten aufzuzeigen, deren Wurzeln in der jeweils besonderen Persönlichkeitsveranlagung zu finden waren.

Wenn man die all diesen Bildern gemeinsamen Züge von Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Bedrücktheit, Lust- und Freudlosigkeit betrachtet, erscheint zunächst ihre Benennung als Zustände depressiver Verstimmung durchaus begründet. Während aber bei den endogenen Depressionen eine grundlose, unnennbare und — jedenfalls primär — inhaltlose Trauer die Seele durchzieht und alle physischen und psychischen Funktionen hemmt und lähmt, hat die Traurigkeit dieser Kranken stets einen Inhalt, ein Zentrum — eben den motivischen Erlebniskomplex —, um das sich die unglücklichen Gefühle entwickeln und bewegen. Die elementare, alle Widerstände wegschwemmende und das gesamte seelische Gefüge infiltrierende depressive Grundstimmung der endogenen Melancholie kann in ausgeprägten Fällen auch im Ausdrucksgeschehen mit der oft zu völliger Stummheit werdenden Sprachhemmung, der tränenlos und in trostlosem Ernst erstarrten Miene und den hoffnungslos müden, spärlichen Bewegungen, die schließlich ganz versiegen können, von ge-

radezu archaischer Einfachheit und Gleichförmigkeit sein, so daß schließlich selbst die vitalsten Regungen und Funktionen erlahmen. Der im Grunde lebensfeindlichen Tendenz dieser „vitalen Depression“ entsprechend, denken diese Kranken im „Gefühl der Gefühlslosigkeit“ allenfalls noch an Untergang und Tod. Auch die motiviert Depressiven sind oft recht still und gehemmt, aber ebenso wie ihr mimischer Ausdruck nur allzu beredt von ihren Sorgen, Kümmernissen und Enttäuschungen kündigt, wissen sie auch selbst um den Grund ihrer Traurigkeit, seien sie von ihr auch noch so stark überwältigt. Auch wenn sie von ihren unglücklichen Gefühlen ganz und gar erfüllt und beherrscht sind, sei es bis zu ratloser Verzweiflung oder hoffnungsloser Resignation, immer haben diese Gefühle Richtung und Inhalt, und das motivische Erlebnis bleibt bei fortwährender innerer Auseinandersetzung mit ihm stets gegenwärtig.

Man hat die Stimmungen als „den ganzen Menschen von den niedersten bis zu den höchsten Bereichen gleichmäßig durchziehende Grundverfassung“ (B o l l n o w) als „Grundbefindlichkeiten“ (H e i d e g g e r), Zuständlichkeiten und Färbungen des menschlichen Daseins, die auch die Außenwelt als „gestimmten Raum“ (B i n s w a n g e r) umgreifen, von den stets „gegenständlichen“ (K l a g e s) oder „gerichteten“ (L e r s c h) Gefühlen die, wie Brentano gesagt hat, „intentional bezogen“ sind, zu unterscheiden. Trotz dieser entscheidenden qualitativen Verschiedenheit bestehen aber nun auch Beziehungen insofern, als Stimmungen Rahmen und Hintergrund auch für die Gefühle bilden und je bestimmte Gruppen und Richtungen von Gefühlen ermöglichen, während andererseits auch die Gefühle, besonders wenn sie sehr intensiv und anhaltend sind, nicht ohne Einfluß auf die Grundstimmung sind. Und hierin liegt wohl auch eine gewisse Verwandtschaft der endogenen und motivierten Depression. So wie die depressive Grundstimmung der endogenen Melancholie, sofern sie nicht zu völliger psychischer Lähmung, auch emotionaler Erstarrung, führt, traurigen Gefühlen den Boden bereitet, können die anfänglich motivisch gerichteten unglücklichen Gefühle der motiviert Depressiven schließlich zur Stimmungssenkung führen. Die grundsätzliche, genetische und auch phänomenologische Andersartigkeit — dort primäre Stimmungssenkung als Hintergrund adaequater Gefühlsgruppen, hier primäre emotive Bewegung mit sekundärer Veränderung der Stimmungslage — der endogenen und motivierten Depressionen bleibt dennoch unbestreitbar. Aus diesem Grunde sollte man daher die motivierten Depressionen auch nicht Verstimmungen nennen.

Seit S c h e l e r unterscheidet man in der Phänomenologie des emotionalen Lebens 1. die *sinnlichen Gefühle* (Empfindungsgefühle von C. S t u m p f), die ohne jede Personbeziehung lediglich als Zustände eines Teiles des Leibes gegeben sind, 2. die *Leibgefühle* (als Zustände)

und *Lebens- oder Vitalgefühle* (als Funktionen), die an dem Gesamt- ausdehnungscharakter des Leibes teilnehmen und im Gegensatz zu den sinnlichen Kontaktgefühlen, aus deren einfacher Verschmelzung sie nicht etwa zusammensetzbar gedacht werden dürfen, auch räumliche und zeitliche Ferngefühle genannt werden können, 3. die *seelischen Gefühle*, die motiviert sind, und schließlich 4. die *geistigen Gefühle*, bei denen alles Ichzuständige wie ausgelöscht ist und die als metaphysische und religiöse Selbstgefühle entweder — von manchen Menschen — nie erlebt werden oder vom Ganzen des Seins Besitz ergreifen. K. Schneider hat mit Westermann die Bedeutung der Vitalgefühle für die endogene Melancholie, die „vitale Depression“, die etwas mehr „Apathisch-Leeres“ hat, herausgearbeitet und sie grundsätzlich unterschieden von der als Reaktion auf Erlebnisse entstandenen — in unserem Sinne also motivierten — seelischen Traurigkeit. Die motivierte Depression spielt sich also primär im Bereich der seelischen Gefühle ab und führt allenfalls sekundär zu Beeinträchtigungen der Vitalgefühle und zu sinnlichen Mißgefühlen.

Die also auch aus phänomenologischer Sicht aufweisbare Wesens- verschiedenheit der endogenen und motivierten Depression, wie auch deren Verhältnis zueinander, ergibt sich schließlich auch aus der mehr auf die Erforschung der somatischen Grundlagen von „Temperament und Charakter“ abzielenden Betrachtungsweise Ewalds. Danach sind in allen seelischen Vorgängen quantitativ-energetisch-potentio- nelle und qualitativ-konstruktiv-funktionelle Faktoren enthalten. Das Temperament ist der auf den individuell gegebenen, von ganz um- schriebenen biologischen Vorgängen abhängigen Biotonus (vegetativ energetisches Regulationszentrum) zurückzuführende quantitative Faktor, der psychisches Tempo, Intensität und Tönung der Vital- gefühle bestimmt. Der Charakter mit der Gesamtheit der Trieb- richtungen und Reaktionen als qualitativer Faktor ist abhängig von der spezifischen Konstruktion und Funktionsbereitschaft der nervösen Elemente. Dieser angeborene Charakter entfaltet sich in Abhängig- keit von Milieu und Erlebnis und wird, durch diese Einflüsse modi- fiziert, zum erworbenen Charakter. Das Fiktive dieser theoretischen Zweiteilung im Persönlichkeitsaufbau ist offensichtlich und Ewald hat selbst in Auseinandersetzung mit seinen Kritikern ausführlich dargelegt, wie sich „die Wellen des Temperamentes am Charakter brechen“, d. h. wie überall Quantitatives und Qualitatives innig ver- flochten ist. So ist die Reagibilität, die individuelle Erlebnisweise nicht nur vom Charakterlich-Strukturellen abhängig, sondern selbst- verständlich ist darin auch die Temperamentslage ausgeprägt.

Die Höheneinstellung des Temperamentregulationsmechanismus ist an das vegetativ-biotonische System gebannt, so daß sich biotonische Erschlaffung und endogene vitale Depression, sowie biotonische Straf- fang und Manie oder in quantitativ geringerer Ausprägung dort de-

pressiv-melancholisches, hier sanguinisch-hypomanisches Temperament entsprechen. Dieser Regulationsmechanismus hat aber nun, wie Ewald selbst eingehend dargelegt hat, auch selbst wieder eine reaktive Seite, d. h. er kann mehr oder weniger ansprechbar sein. So können manche Menschen durch ein Erlebnis in einen Zustand biotonischer Erschlaffung und entsprechender vital gefährdeter depressiver Verfassung geraten. Mit Lösung des seelischen Konfliktes kehrt die durch ein intensives und anhaltendes Erlebnis, durch heftige seelische Gefühle eine Zeit lang „herabgeschaltete“ vegetativ-biotonische Dauerspannung wieder auf das individuell gegebene und erbbiologisch bedingte Niveau zurück.

Damit ist das Wesen der motivierten Depression und ihre Beziehung zur Melancholie des manisch-depressiven Irreseins von den verschiedensten Seiten aus wohl hinreichend beschrieben. Es gilt aber nun, die einzelnen Gestaltungsformen und Variationen auf Grund der klinischen Beobachtungen in ihrem psychopathologischen Geschehen zu analysieren.

Wir sahen also, daß der endogenen Melancholie eine primäre, autochthon aufsteigende Störung im Bereich der an das vegetativ-biotonische System gebannten Stimmungen und Vitalgefühle zugrundeliegt, während bei der motivierten Depression der Antriebs sozusagen mehr von der Peripherie her aus dem Bereiche der seelischen Gefühle erfolgt.

Die Auswirkungen dieser verschiedenen Angriffsweisen auf das seelische Gefüge lassen sich grundsätzlich vergleichen mit den Verhältnissen bei Herzerkrankungen: bei großem organischen Herzschaden massive elementare Krankheitserscheinungen, Gefährdung des gesamten Organismus durch Erschütterung der vis a tergo, bei funktionellen Störungen der Herztätigkeit durch Überbeanspruchung des Kreislaufs oder psychische Reize buntes Erscheinungsbild mit Überwiegen der subjektiven Beschwerden, in denen sich die besondere Form der Schädigung und spezifische Artung des Kranken selbst unverkennbar widerspiegelt, und erst bei dauerhafter und schwererer Schädigung sekundäres Auftreten deutlicher objektiver und organischer Krankheitssymptome.

So sehen wir bei den motivierten Depressionen der Depressiven (Fall 7), bei denen die primäre Biotonus- und Temperamentssenkung im Vordergrund steht, die durch ein adaequates, unlustbetontes Erlebnis noch vertieft wird: tiefe „vitale Depression“ (K. Schneider, Scheler), Hemmung, Selbstvorwürfe, Schuld- und Versündigungs-ideen, Depersonalisationserlebnisse, schwere allgemein körperliche Beeinträchtigung. Lediglich die, wenn auch oft nur noch dünne Verbindung mit dem auslösenden Erlebnis und das Fehlen der typischen Gewichtskurven, Tagesschwankungen und der Obstipation, sowie die quantitativ geringere Ausprägung der Krankheitserscheinungen läßt diese Fälle eben noch von der Melancholie abgrenzen. Man könnte in Anlehnung an Reiß und Lange von der *motivierten Melancholie bei depressiver Konstitution* sprechen (Die Verwandtschaft der

anankastischen Veranlagung ist bereits bei Fall 8 dargestellt). Es ist ohne weiteres verständlich, daß im Gegensatz dazu der straffe Biotonus der Hypomanischen der Entwicklung einer tieferen Depression durch unlustbetonte Erlebnisse, und seien sie noch so eindrucksvoll, entgegenwirkt. Trotzdem kommen auch ausgeprägtere, motivierte Depressionen bei sonst vorwiegend hypomanischer Temperamentslage vor. Dann ist aber bei vorwiegender Biotonussteigerung zugleich auch die Anlage oder Tendenz zu gegenpolaren Schwankungen gegeben, die oft erst eines auslösenden adaequaten Erlebnisses bedürfen. Man sollte dementsprechend in diesen Fällen von *motivierten depressiven Schwankungen bei Hypomanie* (oder gegebenenfalls bei Cyclothymie im engeren Sinne) sprechen (Fall 6).

Auch die *emotive Veranlagung* (Fall 1 und 2) hat gewisse Beziehung zu den Temperamenten. Während einerseits bei den im engeren Sinne Cyclothymen gegenpolare Stimmungsschwankungen von innen heraus durch autochthone Biotonusänderungen erfolgen, die Syntonen sich andererseits durch eine stabile Gleichgewichtslage mit großer biotonischer Elastizität auszeichnen, besteht bei den Emotiven ein nur labiles Temperamentsgleichgewicht, wobei die Verschiebung nicht durch eigengesetzliche, endogene Biotonusschwankungen erfolgen, sondern durch Gefühlserregungen hervorgerufen werden. *Steigerung der gefühlsmäßigen Beeindruckbarkeit und Mangel an Zügelung und Verarbeitung von Gefühlserregungen* wirken hier mit der zwar meist mittelständigen, aber *labilen Temperamentsanlage* zusammen.

Wenn bei sonst der emotiven gleichen Veranlagung der Mangel an Zügelung und Verarbeitung von Gefühlserregungen besonders hervortritt, haben wir es mit den weichen, nachgiebigen, beeinflufßbaren, suggestiblen Persönlichkeiten zu tun. *Die Willensschwäche mit der Entscheidungsunsicherheit in gefühlsmäßigen Spannungen* und dem ständigen Unterliegen den Reibungen des Alltags gegenüber ist also das Hauptkennzeichen dieser Untergruppe der *Emotiv-Labilen*.

Kommt außerdem noch eine *körperliche Leistungsschwäche* im Sinne endogener Neurasthenie hinzu, sprechen wir von *Psychasthenie* (Fall 4). Die seelisch-körperliche Resistenzschwäche ist das führende Symptom dieser Minderveranlagung. Wie entscheidend sich der Verlust der körperlichen Spannkraft auch auf die seelische Reaktionsweise auswirkt, zeigen die Fälle, in denen es sich um eine exogene, durch körperliche Störungen hervorgerufene, nach Unfall oder Krankheit erworbene oder auch durch die biologischen — vorwiegend endokrin geleiteten — Umstimmungen bedingte Resistenzschwäche handelt (Fall 5). Die all diesen exogen und endogen körperlich-seelischen Insuffizienten adaequate motivierte Psychose ist die *vegetativ-hypochondrische Depression* (Fall 4 und 5). Anstelle der Niedergeschlagenheit, des Ringens mit tragischem Schicksalsschlag und innerem Konflikt, der Trauer und Bedrücktheit mit auslösendem Erlebnis als

Hauptinhalt — wie bei den Emotiven — geben mehr Abgeschlagenheit, unlustige Schläffheit, Ermattung und auf den eigenen Körper bezogener verdrossener Trübsinn mit Neigung zur Hypochondrie, diesem Bild die besondere Tönung. Dabei wirkt die Erschlaffung der Psychastheniker gegenüber dem entschlaußunfähigen Hin- und Herschwanken, dem willenlosen Getriebenwerden durch emotionale Erlebnisse der emotiv Labilen viel weniger seelisch, organischer, fast an einen affektiven Tonusverlust erinnernd. Es sei nochmals darauf hingewiesen, daß diese vegetativ-hypochondrischen Depressionen sowohl auf dem Boden einer psychasthenischen Veranlagung als auch symptomatisch bei exogener somatopsychischer Resistenzschwäche — z. B. auch nach Schädel-Hirutraumen — auftreten können.

Friedmann hat als „neurasthenische Melancholie“ einige ähnliche Fälle beschrieben. Doch ist diese Bezeichnung insofern nicht zutreffend, als aus einer Neurasthenie niemals das Bild einer Melancholie entstehen kann; liegt aber eine Melancholie oder eine dem manisch-depressiven Irresein zugehörige endogene depressive Psychose vor, dann entsprechen andererseits die körperlichen Begleiterscheinungen — Gewichtsschwankungen, Turgorverlust, Obstipation, Versiegen der Tränensekretion (Lange) — nicht dem neurasthenischen Krankheitsbild.

Die Zahlenverhältnisse innerhalb der Gruppe A sind in der statistischen Tabelle am Schluß dieser Arbeit dargestellt.

Gruppe B: Verwandte psychogene und psychoide Reaktionen, Hysterie

Krankheitsfälle:

Fall 9: Helene Fi., 16 Jahre alt, aufgenommen 28. 4. 41.

Wird mit der Rettungswache wegen Schlafmittelvergiftung gebracht. Soll 20 Tabletten Bromural genommen haben. Hat auf dem Transport schon viel erbrochen; ist bei der Aufnahme noch etwas schläfrig, jedoch ansprechbar und gibt geordnet Auskunft.

Eltern und 3 Geschwister gesund, über Erblichkeit nichts bekannt. Selbst normale Geburt und Entwicklung, bisher nicht krank gewesen. Normale Menstruationsverhältnisse.

In der Schule immer bei den Besten, nach 8 Jahren Volksschule Landjahr, dann in die kaufmännische Lehre eingetreten. Sie sei in ihrem Wesen meist lustig und nehme selten etwas tragisch. Der Vater sei sehr egoistisch, wolle immer das Wort führen und tyrannisiere die ganze Familie. Da sie sich deshalb zu Hause nicht richtig aussprechen könne, sei sie abends oft mit ihrer Freundin zusammen. So sei sie auch gestern Abend wieder sehr lange bei der Freundin gewesen und habe deshalb am Morgen des Aufnahmetages vom Vater heftigste Vorwürfe zu hören bekommen. Es habe einen großen erregten Auftritt gegeben, in dem man ihr alle möglichen furchtbaren Schimpfnamen an den Kopf geworfen habe. Schließlich habe sie auch noch mit dem jüngeren Bruder, der ebenfalls Partei gegen sie nahm, Streit bekommen. Darüber sei sie so niedergeschlagen und verzweifelt gewesen, nachdem sie schon in den ganzen letzten Wochen unter diesen familiären Verhältnissen besonders gelitten habe, daß sie schließlich in kurzem Entschluß sich 20 Bromuraltabletten gekauft und am Bahnhof geschluckt habe. Unterwegs habe sie eine Schulkameradin getroffen, die sie aufgefordert habe, mit ins Kino zu gehen. Obwohl es ihr schon unter der Wirkung der Tabletten sehr schwindlig gewesen sei, habe sie doch nicht gut ablehnen können. Im Kino habe sie dann erbrechen müssen

und sei schließlich ohnmächtig zusammengebrochen. An die weiteren Vorgänge, auch des Transports in die Klinik, könne sie sich so im einzelnen nicht erinnern, sie wisse nur, daß sie mehrmals erbrochen habe.

Patientin ist in den ersten 2 bis 3 Tagen noch deutlich gedrückt, spricht auch mit anderen Kranken über ihre unglücklichen Familienverhältnisse. Wartet aber immer auf den Besuch ihrer Eltern, besonders des Vaters. Beschäftigt sich von sich aus auf der Abteilung.

Körperlich-neurologisch bei dem hochwüchsigen Mädchen mit derbem Knochenbau kein krankhafter Befund.

Nach 3 bis 4 Tagen ist Patientin nicht mehr bedrückt, sondern wieder ganz munter und sieht ein, daß sie eine Dummheit gemacht hat. Im Gespräch mit Schwestern und anderen Kranken läßt sie gelegentlich durchblicken, daß das ganze Ereignis mit ihrer Verbringung in die Klinik doch vielleicht ganz gut gewesen sei und auf ihren Vater so viel Eindruck gemacht habe, daß er sie jetzt etwas rücksichtsvoller behandle.

Am 3. 5. 41 nach Hause entlassen.

Bei diesem Krankheitsfall möchte man fast fragen, ob hier überhaupt schon von einem seelisch Abnormen gesprochen werden könne. Denn wo käme es nicht einmal vor, daß das Töchterchen, besonders wenn es temperamentvoll und lebenslustig wie dieses Mädchen ist, die Erziehung der Eltern als einen Druck, eine Art Freiheitsbeschränkung empfindet und sich trotzig oder schmolend dagegen auflehnt. Immerhin, ein Suicidversuch mit 20 Schlaftabletten ist auch für einen „Backfisch“ nicht alltäglich. Etwas tragikomisch wirkt es allerdings, wenn unsere Patientin nach diesem „Selbstmordversuch“ ausgeht, „zufällig“ eine Schulkameradin trifft und deren Einladung zu gemeinsamem Kinobesuch „nicht gut ablehnen kann“. Sie bricht ohnmächtig zusammen und wird nach starkem Erbrechen in noch etwas schläfrigem Zustand in die Klinik eingeliefert. In den nächsten Tagen ist ihr zwar noch eine gewisse Bedrücktheit anzumerken, doch spricht sie sich mit anderen Kranken, den Schwestern und auch dem Arzt offen aus, wobei sie, mit lebhaften Vorwürfen nicht sparend, über ihre unglücklichen Familienverhältnisse, besonders über egoistisches und tyrannisches Wesen des Vaters klagt. Nach 3 bis 4 Tagen ist sie aber bereits wieder munter und verspricht sich, bei aller Einsicht für ihre „Dummheit“, doch eine heilsame und günstige Wirkung dieses Ereignisses auf ihren Vater.

Das Wesentliche dieses Krankheitsbildes ist das Gerichtetsein nach außen, die *extrovertierte Wirkungstendenz*. Hier hat nicht ein schmerzliches Erlebnis einen Menschen im Innersten getroffen und seinen Lebensmut von Grund auf erschüttert, es ist auch nicht hoffnungslose Resignation, die keinen Ausweg mehr sieht — trotzig und schmolend, mit vor Rache bligenden Augen gleichsam, greift dieses junge Mädchen nach dem Auftritt mit dem Vater zu den Schlaftabletten, in dem Gedanken etwa: „dem will ich's zeigen, wie er mich behandelt, der soll sehen, wohin er mich gebracht hat“. Ganz geheuer ist ihr dabei aber doch nicht, und sie ist sicher froh, daß sie die Freundin trifft.

Man denkt hier an die Leistungen des Unterbewußtseins von Freud, die als „Fehlleistungen“ von der „Zensur“ nicht zugelassene Wünsche erfüllen. Auch paßt ihr der Kinobesuch ganz gut, vielleicht gerade, weil sie schon die Wirkung der Schlaftabletten spürt; dabei ist in diesem Augenblick sicher die Angst vor dem Alleinsein größer als der Wunsch auf Effekt.

Es ist nicht zu bestreiten, daß auch diese Kranke durch das auslösende Erlebnis leicht bedrückt und niedergeschlagen ist, das Krankheitsbild wird jedoch im wesentlichen beherrscht von der Wirkung der affektiven Gegenkräfte der Auflehnung, des Trotzes und des Rachegefühles. Daß sie sich aber nicht offen gegen den Vater wendet in heftiger Widerrede oder offenem Groll, sondern einen Selbstmordversuch ja doch zweifellos spielt, darin liegt das psychogene Moment. Dabei wickelt sich diese ganze Reaktion sicher zum großen Teil unterhalb der Schwelle des Bewußtseins ab, die Einsicht kommt erst hinterher. Es handelt sich bei diesen Fällen, bei denen zwar eine leicht depressive Gefühlsveränderung und Stimmungssenkung besteht, das Verhalten aber einen deutlich extrovertierten Charakter hat, in dem Sinne, daß unter der Wirkung von Affekten in mehr oder minder bewußtem Spielen ein Einfluß, eine Wirkung auf die Umwelt erzielt werden soll, um *motiviert Depressionen mit psychogenem Einschlag*. So stellt dieser Krankheitsfall mit der leichten Bedrücktheit einerseits und den deutlich durchscheinenden demonstrativen Zügen andererseits sowie der affektgebundenen impulsiven Verhaltensweise einen Übergang zwischen den beiden Gruppen der motivierten Depression und psychogenen Reaktionen dar, darf aber wohl mehr zu den letzteren gerechnet werden. Mit zunehmender Ausprägung der psychogenen Verhaltensweisen wird bei den folgenden Fällen die Kluft zu den motivierten Depressionen immer größer.

Fall 10: Hildegard Sa., 15 Jahre, aufgenommen 23. 6. 41.

Mit der Rettungswache frühmorgens um 1/2 Uhr eingeliefert, ist von der Obermainbrücke aus in den Main gesprungen. Sigt im Aufnahmezimmer mit schlaffer Haltung auf der Bank, läßt den passiv gehobenen Arm schlaff herunterfallen, gibt aber geordnet Auskunft.

Patientin ist zunächst etwas abweisend und wortkarg. Erst nach einigem Zureden gelingt es, die Vorgeschichte zu erfahren: Schon seit längerer Zeit komme es zu häufigen Auseinandersetzungen mit dem Vater, der ihr ständig nachspüre und ihr ganz ungerechte Vorwürfe mache. Sie brauche nur einmal etwas später vom Geschäft nach Hause kommen, so werde sie gleich ausgeschimpft und es gebe eine große Szene. Deshalb fühle sie sich schon lange nicht mehr wohl zu Hause und gehe erst recht aus, um mit anderen Menschen zusammen sein zu können.

Am Aufnahmetag sei sie abends allein im Kino gewesen und nachher noch etwas spazieren gegangen. Auf der Brücke habe sie sich dann unter einem plötzlichen Einfall, ohne sich lange zu besinnen, in den Main fallen lassen. In diesem Moment habe sie gerade daran gedacht, daß sie nun zu Hause wieder ausgeschimpft würde wegen ihres längeren Ausbleibens und da sei ihr im Augenblick alles egal gewesen. Sie gibt auf Befragen ohne weiteres zu, daß sie eine ernste Suicidabsicht in Wirklichkeit nicht gehabt habe.

Patientin gibt noch an, sonst sehr solide zu leben. Die Vorwürfe ihres Vaters seien ganz ungerechtfertigt; wenn sie ausgehe, dann immer nur mit dem Bruder oder der Freundin.

Patientin ist anfangs verschlossen und erzählt nicht gerne von ihren persönlichen Verhältnissen, lacht aber dann bei entsprechenden Scherzen herzlich und echt mit und gewinnt schließlich Zutrauen.

Es handelt sich um ein außerordentlich kräftiges und im Hinblick auf das jugendliche Alter körperlich sehr entwickeltes Mädchen. In der Gesichtsbildung fallen die aufgeworfenen Lippen auf.

27. 6.: Beschäftigt sich fleißig, hat sich an eine andere jüngere Kranke angeschlossen, mit der man sie häufig in angeregter und vergnügter Unterhaltung sehen kann.

30. 6.: Der Vater gibt an, daß die Patientin mit einem Soldaten ein Liebesverhältnis unterhalte und daß er wegen ihrer frühzeitigen körperlichen Entwicklung Sorgen um sie habe. Der Vater selbst macht einen außerordentlich robusten und energischen Eindruck.

Nach Hause entlassen.

Die Übereinstimmung mit dem vorigen Fall ist so deutlich, daß man auf den ersten Blick vielleicht gar keinen Unterschied erkennt. Auch hier wieder Zerwürfnisse eines jungen Mädchens mit dem Vater und nicht ernst gemeinter Suicidversuch, diesmal durch Sprung in das Wasser. Im Gegensatz zu der anderen Jugendlichen beklagt sich diese Kranke aber nicht in wortreichen, temperamentvollen Schilderungen über ihren Vater, sondern ist verschlossen und wortkarg, will zunächst durchaus nicht mit der Sprache heraus. Auch erfolgt hier die Reaktion nicht unmittelbar nach einem Streit, sondern vorher, unter der Vorstellung der zu erwartenden väterlichen Mahnung und Strafe.

Auflehnung, Trotz, Rachegefühle und der Wunsch, auf den Vater zu wirken, mögen auch hier mitgewirkt haben: die Haupttriebkraft zur Tat ist aber zweifellos ein bei der Vorstellung der bevorstehenden Strafszene aufsteigender komplexer Unlustaffekt, des Ärgers, Protestes, der Ablehnung — „in dem Augenblick war mir alles egal“ —, der sich sofort in den Impuls zur Tat umsetzt. Daß der augenblickliche Affektimpuls hier das Ausschlaggebende ist, — wobei zum Teil vielleicht auch die Furcht vor der zu erwartenden Strafe mitgewirkt haben mag — geht auch daraus hervor, daß die Patientin nachher eigentlich gar nicht mehr depressiv oder auch nur bedrückt ist. Mit der Verwirklichung des Impulses, der Affektentladung, ist der Vorgang erledigt, und nur mürrisch und unwillig läßt sie sich zu einem Bericht über Hergang der Tat und Vorgeschichte bringen. Sie denkt auch weiter nicht mehr darüber nach, sondern sucht Zerstreuung und Unterhaltung, im Gegensatz zu der vorigen Kranken, die nachher noch bedrückt war, und für die außerdem ja auch der Klinikaufenthalt selbst einen Sinn hatte, nämlich erwünschte wirksame Beeinflussung des Vaters.

Die prompte Folge von Affekt als Reiz und Impulsivhandlung als Antwort rückt diese Verhaltensweise in die Nähe von Reflex- und

Triebvorgängen. Es handelt sich demnach hier um eine *Impulsreaktion*. Die körperliche Frühreife des Mädchens, die endokrin und zwar wohl vorwiegend hypophysär-diencephal bedingt ist, bildet dabei sicher einen maßgeblichen pathogenetischen, zumindest aber dispositionellen Faktor. Man sollte sich in derartigen Fällen zugunsten einer ungebundenen psychopathologischen Analyse nicht mit der Bezeichnung „epileptoide Persönlichkeit“ festlegen.

Fall 11: Heinrich Ho., 30 Jahre, aufgenommen 3. 10. 36.

H. befand sich bis zum 9. 2. 37 zur Begutachtung für das Landgericht in der Frankfurter Nervenklinik. Er hatte zusammen mit seinen zwei kleinen Kindern einen Selbstmordversuch durch Leuchtgasvergiftung unternommen, und es sollte die Frage der strafrechtlichen Verantwortlichkeit vom psychiatrischen Standpunkt beantwortet werden. Aus den sehr umfangreichen Akten und den ausführlichen psychiatrischen Gutachten soll nur das Wesentliche zusammengefaßt werden.

H. ist das zweite uneheliche Kind seiner Mutter, die später zum zweitenmal geheiratet hat. Geistes- oder Nervenkrankheiten in der Familie sind nicht bekannt. H. hatte von Anfang an ein sehr schlechtes Verhältnis zu seiner Mutter, die sich ihrerseits kaum um ihn kümmerte. Auch mit seinen Geschwistern stand er sehr schlecht, und es gab oft Streit. In der Schule soll er gut mitgekommen sein. Später hat er dann die verschiedensten Berufe und Arbeiten ausgeübt und seine Arbeitsstellen sehr oft gewechselt. Meist gab es Differenzen mit dem Arbeitgeber oder Arbeitskameraden. Seit 1928 war er dann schließlich erwerbslos und wurde mit seiner Familie vom Fürsorgeamt unterstützt. Nach ausführlichen Berichten verschiedener Wohlfahrts- und Fürsorgeämter wird von mehreren Zeugen übereinstimmend immer wieder das außerordentlich uneinsichtige und erregte Verhalten des H. geschildert. So weigerte er sich den Beamten gegenüber, bei der jeweiligen Auszahlung der Unterstützung gewisse Auskünfte zu geben mit dem Hinweis, das müsse ja alles in seinen Akten vermerkt sein. Auf ruhige Ermahnung und Zurechtweisung geriet er zu wiederholten Malen in maßloses Schimpfen und Schreien und wurde sogar mehrmals tätlich gegen Beamte, so daß es zu richtigen Schlägereien kam und er von Polizeibeamten abgeführt werden mußte. So war er überall als arbeitsunwilliger und rabiater Mensch bekannt, mit dem keiner etwas zu tun haben wollte. Als er sich neben seiner Fürsorgeunterstützung durch Gelegenheitsarbeiten noch Einnahmen verschaffte und die gesetzlichen Bestimmungen, an die er sich als Fürsorgeempfänger zu halten hatte, nicht einhielt, wurde ihm schließlich die Unterstützung gesperrt und die zwangsweise Einweisung in ein Arbeitshaus angedroht. Daraufhin kam es wieder zu schweren, teils tätlichen Auftritten bei den entsprechenden behördlichen Dienststellen. Als H. aber dann immer wieder auf sein Unrecht aufmerksam gemacht und endgültig abgewiesen wurde, unternahm er den Selbstmordversuch, indem er sich und seine beiden Kinder im Alter von 1 und 2½ Jahren mit Leuchtgas in der Küche zu vergiften suchte. Als seine Frau, die er vorher unter einem Vorwand weggeschickt hatte, zurückkam, fand sie ihn und die beiden Kinder bewußtlos vor. Die Kinder wurden sofort in die Kinderklinik verbracht, wo sie sich sehr bald erholten, und auch bei ihm selbst gingen die Vergiftungserscheinungen verhältnismäßig rasch zurück. H. hatte nach den Angaben seiner Frau und Berichten früherer Arbeitgeber auch früher schon wiederholt mit Selbstmordversuchen gedroht, und zwar immer dann, wenn es Auseinandersetzungen gab oder er vor irgendwelchen Schwierigkeiten stand. Auch in der eigenen Familie wollte man wegen seiner Unverträglichkeit, Unbelehrbarkeit und Starrköpfigkeit nichts mit ihm zu tun haben. Sein letztes und schon allgemein bekanntes Drohmittel war auch hier immer die des Selbstmordes zusammen mit den Kindern. Bevor er diese Drohung dann wirklich wahr machte, schrieb er einen Zettel folgenden Inhaltes, den seine Frau bei ihrer Rückkunft in die Wohnung auf dem Küchen-

tisch vorfand: „Zu dieser grauenvollen Tat zwang mich der Teufel aus der Weberstraße 78 pt., diese Person ist mir nun schon seit meinem ersten Lebenstag auf jeder Spur nach. 30 Jahre habe ich die Schattenseiten des Lebens kennengelernt und heute habe ich endlich eingesehen, daß für mich sowie für meine Kinder keine Hoffnung auf einen Sonnenstrahl ist. Ich war bei verschiedenen Stellen, alle haben versagt. 3 Jahre habe ich aktiv für den Aufbau gearbeitet, Tag und Nacht, trotz allem habe ich keinen Dank erhalten. Diesen Herren, die meiner Familie hätten können helfen und wollen nicht, mögen ihr Gewissen damit beladen. Ich scheide mit meinen 2 Kindern, weil sie nun nichts mehr zum Weiterleben haben. Ins Arbeitshaus will man mich verbannen, anstatt daß man solche zu Arbeit heranzieht, die die Fürsorge und den Staat betrügen.“

H. bestätigt bei der Erhebung der Vorgeschichte im wesentlichen die Aktenangaben. Auch aus seinen eigenen Berichten geht hervor, daß er im Leben mit vielen Menschen schon Streit und Ärger gehabt hat. Selbst gegen die eigene Mutter und die Familie hat er heftige Vorwürfe vorzubringen; es habe sich eben nie jemand um ihn gekümmert und, obwohl seine Verwandten ihm hätten helfen können, sei er zu stolz gewesen, sie in der Notzeit darum zu bitten. Seine Frau gibt noch an, jedesmal, wenn er auf dem Fürsorgeamt seine Unterstützung abgeholt habe, sei er äußerst aufgeregt nach Hause gekommen und habe stundenlang furchtbar geschimpft. Sie selbst sei eigentlich, weil sie sich an seine Art gewöhnt habe, ganz gut mit ihm ausgekommen. Nur vor 2 Jahren habe es einmal heftige Auseinandersetzungen zwischen ihnen beiden gegeben, als sie zufällig erfuhr, daß er mit einer anderen Frau Beziehungen unterhielt. An seinen Kindern habe er mit ganz besonderer Liebe gehängt.

Während des Klinikaufenthaltes zeigt H. meist eine etwas mürrisch verdrossene Stimmung, beschäftigt sich wohl auf der Abteilung, ohne aber dabei mit den anderen Kranken in engeren Kontakt zu kommen. Bei der Exploration und den wiederholten Unterhaltungen mit ihm wird er jedesmal, wenn man ihm das Unrecht seiner Handlungsweise und Einstellung vorsichtig und schonend klarzumachen sucht, außerordentlich heftig und ausfallend. Oft geht es dabei so weit, daß er überhaupt jegliche weitere Auskünfte und Antworten verweigert, das Untersuchungszimmer verläßt und dem Arzt tagelang ostentativ den Rücken kehrt. Anderen Kranken und den Pflegern gegenüber äußert er sogar nicht selten nach solchen Unterredungen, er bedaure, daß es damals nicht geklappt habe und werde sich, wenn es so weiter gehe, doch noch das Leben nehmen. Während er das eine Mal den Hergang der Straftat geordnet und klar und ausführlich schildert, behauptet er dann wieder, er wisse von gar nichts und könne sich überhaupt nicht denken, daß er so etwas getan habe, weil er doch so an seinen Kindern hänge. Überhaupt wird er, wenn von seinen Kindern die Rede ist, meist rührselig und weinerlich und erklärt, er habe sich schwer versündigt und bereue seine Tat aufs tiefste. Im nächsten Moment stößt er mitunter schon wieder die heftigsten Vorwürfe und wildesten Beschimpfungen gegen Behörden aus, die die Schuld an der ganzen Sache hätten.

Die Intelligenzprüfung ergibt dem Bildungsgrad entsprechende Leistungen.

Körperlich-neurologisch kein krankhafter Befund.

Auch hier in der Klinik ist es nicht leicht, mit ihm auszukommen, da er sich den Anordnungen des Pflegepersonals nicht fügen kann. Oft hat er keine Lust zur Arbeit und bleibt dann einfach im Bett liegen. Auf Ermahnungen oder Vorhaltungen wird er sofort sehr gereizt und ausfallend, versucht auch die anderen Kranken aufzuheizen und verleitet sie ebenfalls zum Fernbleiben von der Arbeit. Mit hämischem Lächeln setzt er sich dann mit ihnen zum Kartenspielen zusammen und reizt den Pfleger durch fortgesetzte Beleidigungen und freche Redensarten. Manchmal nimmt er sich auch erzieherische Ermahnungen und Vorhaltungen zu Herzen und legt dann dem Arzt oder Pfleger gegenüber ein gemacht treuherziges und übertrieben devotes und entgegenkommendes Verhalten an den Tag.

In der Beurteilung des Gutachtens kam man demnach zu dem Schluß, daß bei H. durch die verschiedenen Lebensschwierigkeiten und eine gewisse Notlage zwar eine

traurige Verstimmung reaktiver Art ausgelöst wurde, daß jedoch nach der Art der Ausführung der Tat nicht angenommen werden müsse, daß er in einem ganz hochgradigen Affekt gehandelt habe, der seine Zurechnungsfähigkeit ausgeschlossen hätte. Auch waren keine Anhaltspunkte dafür gegeben, daß H. zur Zeit der Tat wegen Bewußtseinsstörung, krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder Geisteschwäche unfähig gewesen wäre, das Unerlaubte der Tat einzusehen.

Der Schlußsatz des Gutachtens lautet:

„. . . daß H. nicht nach dieser Einsicht gehandelt hat und eine sittlich falsche Entscheidung traf, ist wohl zum Teil auf seine charakterliche Minderveranlagung und seine allzu leicht erregbare Gemütslage zurückzuführen. Beides geht aber nicht so weit, daß H.s Fähigkeit, nach dieser Einsicht zu handeln, zur Zeit der Tat erheblich vermindert war, wenn darin auch mildernde Umstände zu sehen sind.“

Hatten wir es bisher mit relativ harmlosen, durchaus empfindbaren und nachvollziehbaren Reaktionsweisen zu tun, tritt uns in diesem Kranken eine schwere charakterliche Entartung mit asozialem und kriminellen Verhalten entgegen. Hochgradige Reizbarkeit mit brutalen Wutausbrüchen, Herrschsucht, Einsichtslosigkeit, Jähzorn, Unverträglichkeit und Starrköpfigkeit kennzeichnen diesen *explosiblen Charakteropathen*. Alles, was nicht von ihm ausgeht, nicht in seine Vorstellungen oder Pläne paßt oder gar gegen ihn gerichtet erscheint, entfacht — wie der Funke das Pulverfaß — einen maßlosen Zorn, der ihn mit elementarer Wucht zu den unsinnigsten Handlungen hinreißt. So groß ist die Explosibilität, die Bereitschaft zu jähzornigem Losschlagen, daß er wie ein Paranoiker schon auf gänzlich unwesentliche, harmlose, ihn eigentlich gar nicht betreffende Ereignisse mit heftigem Wutaffekt reagiert, als ob er sich gegen die infamste Schurkerei zu wehren hätte. So gehen ihm nicht nur alle fremden Mitmenschen aus dem Wege, sondern die eigene Familie kommt nicht mit ihm aus und wendet sich ebenso von ihm, wie er von ihr, ab. Überall kennt man ihn als unverbesserlichen Trotz- und Hitzkopf, den man am besten ganz meidet. So hält er es auch selbst nirgends lange aus und wechselt oft die Arbeitsstelle. Immer sind in seinen Augen aber die anderen schuld, die ihn ärgern oder betrügen wollen. Weiß er sich aber gar nicht mehr zu helfen, so droht er mit Selbstmord, wobei er nie vergißt, auch seine beiden Kinder mit einzubeziehen. Als sich dann die äußeren Schwierigkeiten und Hindernisse immer mehr türmen und sich die Lage für ihn so weit zuspitzt, daß die Zwangseinweisung in das Arbeitshaus droht, macht er, weil er gegen die Behörden mit Schreien, Wüten und Dreinschlagen nichts ausrichten kann, seine schon so oft angewandte und von niemandem ernst genommene Suicid-drohung tatsächlich wahr. Etwa noch vorhandene letzte Zweifel über die Beweggründe seiner Tat beseitigt der Inhalt des von ihm selbst verfaßten Abschiedsbriefes: „Zu dieser grauenvollen Tat zwang mich der Teufel aus der Weberstr. 78 . . .“ (damit ist offenbar die Mutter gemeint): Anklage gegen die undankbare, ungerechte, betrügerische Welt, kein Wort an Frau oder Familie.

Hier will einer sein Leben auslöschen, nicht aus Trauer, Schmerz oder Verzweiflung, sondern aus Rache. So wie er im Gespräch mit dem Arzt, wenn ihm etwas nicht paßt, einfach verstummt und ihm tagelang den Rücken zukehrt, so weist er allen seinen Feinden gleichsam kategorisch den Rücken, mit dem unausgesprochenen Gedanken etwa: „Seht, was Ihr angerichtet habt, ich lasse mir von Euch nichts befahlen, nehmt meinen und meiner Kinder Tod auf Euer Gewissen, wenn Ihr könnt“.

So führt dieser erweiterte Selbstmordversuch, der ja um ein Haar tödlich ausgegangen wäre, mit geradezu erschreckender Deutlichkeit vor Augen, wohin die Affekte den Menschen treiben können, wenn sie zur ausschließlichen Triebkraft seines Handelns werden. Denn die Handlungen dieses Kranken werden ausschließlich von der Eingebung des Augenblicks bestimmt; er befindet sich ständig in einer affektiven Hochspannung, die zur Entladung drängt. Obwohl seine Verstandesleistungen keineswegs minderwertig sind, können sie dieser Gewalt der Affekte gegenüber nicht aufkommen, geschweige denn ihrer Herr werden. *Primitivreaktionen* (K r e t s c h m e r) nennen wir derartige Verhaltensweisen demnach nicht nur, weil die Handlungen selbst primitive, reflexartige, elementare und triebartige Entladungen sind, sondern weil auch solche Menschen, selbst wenn sie über ausreichende intellektuelle Fähigkeiten verfügen, primitiv genannt werden müssen. Der cholerische und epileptische Charakter gehört in diese Gruppe, deren ausgeprägteste Vertreter eben diese primitiven Persönlichkeiten sind, bei denen alle höheren seelischen Leistungen, auch wenn sie an sich angelegt und entwickelt sind, gegenüber der Allmacht der Triebe und Affekte gänzlich zurücktreten.

Bei dem geschilderten Kranken ist übrigens die rührselig-sentimentale Anhänglichkeit an die Kinder nicht so sehr eine gefühlsmäßige Bindung als ein bluts- oder triebmäßiger Zusammengehörigkeitsinstinkt, der im Volksmund als Affenliebe bezeichnet wird.

Die Tatsache, daß der Patient das zweite uneheliche Kind seiner Mutter ist, die zweimal geheiratet hat und mit ihm in dauerndem Streit lebt, legt die Annahme nahe, daß es sich auch bei ihr um eine affektiv-erregbare, triebhafte Persönlichkeit handelt.

Fall 12: Eva Wü., 39 Jahre alt, aufgenommen 28. 12. 36.

Wird mit der Rettungswache auf ärztliche Einweisung wegen Erregungszuständen und Schlafmittelvergiftung eingewiesen. Bei der Aufnahme leicht benommen, schwerbesinnlich, zeitlich desorientiert, schreit oder lallt vor sich hin.

Gibt dann, als sie sich etwas erholt, an, sie habe einmal richtig schlafen wollen und deswegen Tabletten genommen, habe sich aber nicht vergiften wollen. Patientin ist sehr weinerlich, erregt, erklärt, sie stehe unter Kontrolle und komme, wenn sie sich 3 Tage nicht melde, ins Gefängnis. Jammert vor sich hin.

Körperlich-neurologisch kein krankhafter Befund.

1. 1. 37: Seit etwa 2 Tagen wieder ruhig, geordnet und orientiert, macht folgende Angaben: Eltern aus unbekannter Ursache gestorben, eine Schwester an einer

Lähmung etwa 25 Jahre alt gestorben, ein Bruder in der Fremde verschollen, ein Stiefbruder aus der ersten Ehe des Vaters in einer Anstalt: „Dementia arteriosclerotica, chron. Alkoholismus, wegen Schlägerei vorbestraft.“

In der Schule gut gelernt. Außer einer Erkrankung des linken Fußes, der operiert wurde, nicht krank gewesen. Menstruation seit 19. Lebensjahr regelmäßig. Nach der Schulentlassung zunächst Bahnarbeiterin, dann Fabrikarbeiterin. 1919 geheiratet. In den nächsten 2 Jahren 3 Geburten. Das erste Kind nach 14 Tagen gestorben, die zwei anderen Kinder leben. Kinder sind in einem katholischen Heim in Pflege. Nach 2 Jahren trennte sie sich von ihrem Mann, angeblich wegen Untreue seinerseits. Er habe, bevor er von ihr geschieden gewesen sei, eine andere Frau geheiratet und sei dafür mit Gefängnis bestraft worden. Nach der Trennung habe sie die Kinder zunächst noch bei sich gehabt und als Hausangestellte oder Putzfrau gearbeitet. Später habe sie aber nicht mehr genug verdienen können und sich deshalb noch „nebenbei“ Geld verdient. War zweimal wegen Go. in der Hautklinik. Die Kinder wurden vom Fürsorgeamt in Pflege gegeben. Sie selbst trieb sich in den verschiedensten Städten Deutschlands herum, meist als Serviermädchen. Wohne jetzt seit einem Vierteljahr in der Johannitergasse (berüchtigte Gasse der Altstadt).

In den Weihnachtstagen habe sie große Sehnsucht nach ihren Kindern gehabt, mit denen sie sonst immer Weihnachten zusammen verlebt habe. Da sei ihr plötzlich ein Ekel an ihrem bisherigen Lebenswandel gekommen und sie habe 10 oder 12 Tabletten, die sie früher einmal wegen Schmerzen verschrieben bekommen habe, eingenommen. Früher habe sie noch keinen Suicidversuch gemacht, es sei ihr selbst unerklärlich, wie sie auf diese Idee gekommen sei. Patientin macht ihre Angaben in klarer und sachlicher Form, sucht nichts zu beschönigen, ist freundlich und entgegenkommend. In der Stimmung im allgemeinen jetzt unbekümmert und fidel. Gibt aber selbst zu, leicht reizbar zu sein und gelegentlich sehr heftig erregt werden zu können.

Die psychisch-experimentelle Prüfung ergibt keine Intelligenzmängel.

Das Pflegeamt bestätigt auf Anfrage im wesentlichen die Angaben der Patientin. 1923 soll sie bereits eine Lues gehabt haben, angeblich von ihrem Mann. Wurde wiederholt zwangsweise in die Hautklinik eingewiesen, stehe unter Kontrolle. In den letzten Jahren soll sie ein sehr unstetes Leben geführt haben, sich auch längere Zeit in Holland aufgehalten haben, wo sie von einem Schiffer ausgehalten wurde.

16. 11. 37: Verhält sich ruhig und ordentlich, beschäftigt sich. Wird in eine Heilanstalt überführt.

Eine Straßendirne nimmt in rührselig-sentimentaler „Weihnachtsstimmung“ unter der Sehnsucht nach ihren in fremder Pflege befindlichen Kindern und plötzlich aufsteigendem Ekel an ihrem unzüchtigen Gewerbe größere Mengen von Schlafmitteln. Auch sie, die sich selbst als leicht reizbar bezeichnet und mit einem Mann verheiratet war, der wegen Bigamie verurteilt und von ihr, der späteren Dirne, schuldig geschieden wurde, sie, die sich in den verschiedensten Städten, auch im Ausland und in den verschiedensten Berufen, meist als „Servierfräulein“ herumgetrieben hat, längere Zeit bezeichnenderweise von einem Schiffer ausgehalten wurde und mehrmals wegen einer Go-Infektion zwangsweise in die Hautklinik eingewiesen werden mußte. auch diese Kranke gehört zu der *Gruppe der affektiv-übererregbaren und triebhaft-haltlosen Psychopathen*. Auch hier eine Impulshandlung, könnte man meinen, entstanden in einer von wehmütigen Gefühlen beherrschten weichen Stimmung und unter der Wirkung eines plötzlichen Ekellaffektes. Und doch, wie ganz anders sieht diese Ver-

haltensweise im Vergleich zu den Primitivreaktionen des vorigen Kranken aus: nichts Aggressives, nichts grob Demonstratives — eine fast lässige, müde, angeekelte Haltung. Man kann es dieser Kranken wohl glauben, wenn sie die Suicidabsicht entschieden bestreitet und erklärt, sie habe nur einmal richtig schlafen wollen. Dieser Suicidversuch erinnert sehr an die emotiv-labile Kranke (Fall 3), die aus Gram über ihre unglückliche Ehe ebenfalls Schlaftabletten nahm und den Zettel „zur Erleichterung des Arztes“ bei sich hatte. Beide haben eine gewisse Einsicht in ihre eigene Schwäche und einen Ansatz von Willen, allem ein Ende zu machen. Sie bleiben aber auf halbem Wege stehen, weil sie auch sonst in ihrem Leben immer dann Schiffbruch erleiden, wenn es um willensmäßige Entscheidungen geht. Die eine, weil sie noch immer Zuneigung zu ihrem Mann empfindet und sich von ihren Gefühlen treiben läßt, diese Dirne aber, weil sie von ihren Trieben und Affekten beherrscht wird. Sie beschönigt nichts in dem Bericht ihres ebenso wechselfollen wie unsittlichen Lebenswandels, eben, weil sie Einsicht, wenigstens bis zu einem gewissen Grad, besitzt. Es fehlt ihr aber am Willen und an der Kraft, gegen ihre Triebregungen anzukämpfen, und so gleitet sie weiter auf schiefer Ebene. Die Triebe und Affekte sind bei dieser Kranken nicht so mächtig, daß sie die ganze Persönlichkeit besinnungslos in ihren Strudel herabziehen — wie bei den Primitiven (Fall 11) —, Einsicht und Überlegung sind noch nicht ganz ausgeschaltet, aber die Fähigkeit, nach dieser Einsicht zu handeln, diese dunklen Kräfte der eigenen Seele nicht nur zu erkennen, sondern auch zu beherrschen, diese Widerstandskraft fehlt.

Während die Emotiven von ihren Gefühlserregungen erschüttert und die Primitiven von Trieben und Affekten mitgerissen werden, kommt es bei den Emotiv-Labilen ebenso wie bei dem oben geschilderten Typ zu dauerndem haltlosen Hin- und Herschwanken. Jene Beeindruckbaren und Nachgiebigen zerfließen ständig in Gefühlen, diese werden von ihren Trieben und Affekten hin- und hergezerrt und geraten, sozial und ethisch, auf die schiefe Ebene. Sie sind daher am besten als *triebhaft-affektlabile, haltlose Persönlichkeiten* gekennzeichnet.

Fall 13: Christoph Die., 58 Jahre, aufgenommen 19. 10. 38.

Mit der Rettungswache eingeliefert, wurde aus dem Main gezogen, schläft schnarchend, riecht stark nach Alkohol.

Zur Vorgeschichte macht Patient am nächsten Tage folgende Angaben: In der Familie keine Nerven- oder Geisteskrankheiten, keine auffälligen Persönlichkeiten. Selbst in der Schule gut gelernt, kam dann in die Lehre als Kellner. Fand jedoch keinen rechten Gefallen an diesem Beruf und ging auf die Walze. Trieb sich vor allem in Südwestdeutschland herum, wo er die verschiedensten Gelegenheitsarbeiten verrichtete. War Kriegsteilnehmer von 1914 bis 1918, wurde nicht befördert, aber auch nicht bestraft. Nach dem Kriege war er wieder als Kellner tätig. Außer einer Diphtherie als Kind und einer Grippe in späteren Jahren nicht ernstlich krank gewesen. Unverheiratet.

Vor 14 Tagen sei ihm die Wohnung gekündigt worden. Konnte, weil er zur Zeit keine Arbeit hatte, nirgends eine Wohnung finden, ging nachts ins Obdachlosenasyll oder nächtigte im Freien. In seiner Bedrücktheit durch diese hoffnungslose und aussichtslose Lage habe er gestern etwas mehr Alkohol getrunken. „Mir war halt alles egal.“ Er könne nicht mehr genau sagen, was nachher im einzelnen alles geschehen sei und wie er hierher gekommen ist. Er habe nur noch dunkel in Erinnerung, daß er am Mainufer gesessen habe und auf einmal Leute habe rufen hören. Es sei schon dunkel gewesen, er könne sich gar nicht denken, wie man ihn bemerkt habe und wodurch er aufgefallen sei.

Körperlich-neurologisch kein krankhafter Befund.

Auch die psychisch-experimentelle Prüfung ergibt keine Mängel oder Ausfälle. Patient ist noch recht gedrückt und macht einen erschöpften und matten Eindruck. Bei Besprechung des Suicidversuches gerät er in weinerliche Erregung und erklärt immer wieder vorwurfsvoll, die Not habe ihn eben so weit getrieben. Weil er keine Wohnung finden konnte, sei er umhergeirrt und habe die halben Nächte in Wirtschaften zugebracht. Dadurch sei es dazu gekommen, daß er etwas mehr Alkohol getrunken habe, als ihm zuträglich war. Sonst aber trinke er immer nur, wenn er in Gesellschaft sei oder bei besonderen Gelegenheiten. Chronischen Alkoholgenuß oder Mißbrauch bestreitet Patient. Zu seiner Veranlagung gibt er noch an, er gebe zu, etwas empfindlich und oft auch etwas reizbar zu sein, weshalb er sich auch immer lieber für sich gehalten habe. Sei schon von jeher leicht bedrückt und gekränkt gewesen, wenn er das Gefühl gehabt habe, daß man ihm Unrecht tue und sich niemand um ihn kümmere.

22. 10.: Patient drängt lebhaft auf Entlassung und beschwert sich, daß man ihn so lange hier behält.

23. 10.: Patient wird außerordentlich gereizt, weil er noch nicht entlassen ist. Verweigert trotzig die Nahrungsaufnahme mit der Erklärung, er gehöre nicht hierher und wolle deshalb auch nichts mit dieser Anstalt zu tun haben. Sondert sich vollkommen ab, spricht weder mit Pflegern noch anderen Kranken, sondern queruliert stets in sehr gereiztem, ja geradezu ausfallendem Ton wegen seines weiteren Verbleibs in der Klinik.

24. 10.: Nach Hause entlassen.

Patient wird am 9. bis 10. 3. 41 wiederum hier in der Klinik aufgenommen. Auch diesmal ist er im Alkoholrausch in den Main gesprungen und wird mit der Rettungswache unter starker Alkoholwirkung eingewiesen. Die Veranlassung war diesmal die Kündigung seiner Arbeitsstelle als Kellner. Er habe sich dadurch zurückgesetzt und ungerecht behandelt gefühlt, da er immer seine Pflicht getan habe und kein Kündigungsgrund vorhanden gewesen sei. Ist die ganze Nacht in der Stadt herumgelaufen, hielt sich auch längere Zeit in einer Bahnhofswirtschaft auf, ging dann früh um 7 Uhr in ein Lokal, wo er offenbar ziemlich viel Alkohol trank. Um die Mittagszeit wurde dann beobachtet, wie er in der Nähe des Eisernen Steges (an einer recht belebten Uferstelle) in den Main sprang.

Neurologisch besteht eine leichte linksseitige Hemiparese. Experimentell ist eine geringe Merkschwäche nachweisbar. Abgesehen von einer etwas mürrisch-griesgrämigen Katerstimmung und etwas reizbarer Gedrücktheit sind keine eigentlich depressiven Symptome zu beobachten.

Die engen Beziehungen zwischen Alkoholismus und gewerblicher Unzucht erklären sich, wie der Vergleich dieses Krankheitsfalles mit dem vorigen zeigt, aus dem ähnlichen psychopathologischen Hintergrund. Zu dem Serviermädchen, der Dirne, mit dem bigamen Ehe- mann und dem Schiffer als Freund und Gönner gesellt sich hier ein Kellner und Walzenbruder. Abwechslungssüchtiges Vagabundieren, haltloser Lebenswandel, und wieder die empfindsame, reizbare, zum Querulieren geneigte Veranlagung. Wenn die reaktiv-labile Ehefrau

sich um ihren rücksichtslosen Ehemann grämt, und wenn die Dirne ihr Handwerk einmal satt hat, dann nehmen sie Schlaftabletten, dieser Kellner aber spült Ärger und Verdruß mit Alkohol herunter. So kommt der chronische Alkoholismus hier als ein neues Element hinzu, teils als Folge der anlagemäßigen affektiven Unbeherrschtheit und Reizbarkeit, die im Alkohol einen willkommenen Dämpfer und Tröster findet, teils aber auch, ebenso wie das Vagabundieren, aus unmittelbarem triebmäßigen Begehren und der Sucht nach Reiz und Abwechslung entspringend.

Wenn die meisten Alkoholiker sozial und moralisch absinken, so ist dies aus ihrer gesteigerten triebhaft-affektiven Erregbarkeit allein — wir betrachten ja nur diesen Typ des Säufers — wohl nicht zu erklären, sondern es kommt noch eine spezifische Folgewirkung des chronischen Alkoholabusus hinzu, und das ist die *Widerstandsschwäche*, die *Labilität*. Ist der Alkohol zuerst das Objekt des Triebbegehrens oder das gesuchte Mittel zur Beruhigung, so wird er mit der Zeit gleichsam immer mehr zum Subjekt, zum selbstständigen Motor, der mit dem ihm Verfallenen bald macht, was er will. Der Mensch kann nicht mehr widerstehen, aber nicht nur dem Alkohol, sondern den Trieben und Affekten überhaupt, die ihn dazu gebracht haben. So steht dieser Kellner wie mit einem doppelgesichtigen Januskopf in der Mitte zwischen den Primitiven und Triebhaft-Affektlabilen mit seiner primären triebhaft-affektiven Erregbarkeit und sekundären Trieb- und Affektlabilität.

Es gibt demnach ebenso, wie die exogene Insuffizienz auf emotionalem Gebiet, auch eine *triebhaft-affektive Steuerungsschwäche*, die *erworben* ist. Als Ursachen sind neben dem Alkohol auch hier wieder vor allem körperliche Erkrankungen, besonders chronische und allgemeinschwächende Leiden, die biologischen Krisen, wie Pubertät, Menstruation, Klimakterium und die Alterungsprozesse zu nennen. Vor allem ist aber auf die traumatische Hirnleistungsschwäche, zu deren Hauptsymptomen neben der Ermüdbarkeit und Konzentrationschwäche die affektive Erregbarkeitssteigerung und Affektlabilität gehört, und auf die Alkoholintoleranz nach Schädel-Hirntraumen hinzuweisen. Gerade die Folgezustände nach Hirntraumen und chronischem Alkoholismus, sowie deren Verketzung bei ein und demselben Individuum, zeigen die exogene Beeinflußbarkeit der Affektivität und Triebhaftigkeit besonders deutlich.

Bei dem zuletzt geschilderten Kranken ist der Sprung in den Main an einer der belebtesten Uferstellen unmittelbar neben einer Brücke ebensowenig als ernstgemeinter Suicidversuch anzusehen wie die Schlafmittelvergiftung der Dirne. Auch die zweite Aufnahme erfolgt, nachdem Patient wiederum im Rausch in den Main gesprungen ist. Das erste Mal war ihm die Wohnung, das zweite Mal die Stellung gekündigt worden. Jedesmal war er verbittert und verärgert; fühlte

sich ungerecht behandelt und hatte das Gefühl persönlicher Kränkung. Unfähig vor lauter Affekt, die Situation nüchtern zu betrachten und die zur Wohnungs- bzw. Arbeitssuche zweckmäßigen und erforderlichen Schritte zu unternehmen, nimmt er beide Male zunächst seine Zuflucht zum Alkohol, der aber mit der Dämpfung der Affekte zugleich auch seine Aktivität erst recht lähmt, so daß er schließlich in den Main — mehr taumelt — als springt. Bei der zweiten Aufnahme kommt noch eine Cerebralsklerose, die sich in Merkschwäche und Hemiparese äußert, als weitere Teilursache hinzu. Die Stimmung ist während der beiden Klinikaufenthalte weniger depressiv als mürrisch-verdrossen mit Reizbarkeit und Neigung zum Aufbegehren und Querulieren.

Fall 14: Luise De., 19 Jahre, aufgenommen 15. 10. 40.

Wird als Eilfall mit der Rettungswache eingeliefert, ist aus dem Main gezogen worden. Gibt bei der Aufnahme an, der Verlobte habe ihr abgeschrieben, sie wolle nicht mehr leben. Patientin macht folgende Angaben: Eltern und 3 Geschwister seien gesund. Ein Schwesterchen 3 Tage nach der Geburt gestorben. Keine erbliche Belastung.

Selbst außer Kinderkrankheiten nie ernstlich krank gewesen. Menarche mit 14 Jahren, Menstruation nicht ganz regelmäßig mit stärkeren Beschwerden.

In der Schule gut gelernt, nicht sitzen geblieben, dann Landjahr, dann ein Jahr in Stellung als Hausmädchen. Lange Zeit mit den Eltern auf einem Frachtkahn gefahren (Vater ist Rheinschiffer). Dann etwa 3 Jahre als Hausmädchen in verschiedenen Stellungen. Wechselte außerordentlich oft ihre Stelle. Sie selbst gibt dazu an, sie könne es an ein und demselben Ort nicht lange aushalten und wolle immer einmal wieder wo anders hin.

Vor 3 Jahren habe sie sich schon einmal das Leben nehmen wollen, hatte damals Gift genommen. Es drehte sich um eine Liebesgeschichte, die deshalb auseinanderging, weil er katholisch und sie evangelisch war. In ihrem Wesen sei sie immer lustig und vergnügt, nur nehme sie derartige Erlebnisse mit Männern immer sehr tragisch, „wahrscheinlich zu tragisch“. Seit 2 Jahren sei sie mit einem Unteroffizier verlobt. Schon seit längerer Zeit sei ihr eine Veränderung in seinem Verhalten zu ihr aufgefallen. Gestern habe er ihr nun geschrieben, er habe eine alte Jugendfreundin getroffen und wolle diese Frau heiraten. Nach Empfang dieses Briefes lief Patientin von ihrer Arbeitsstelle fort, gab an der Dienststelle des Verlobten an einem Haus direkt am Mainufer ihren Verlobungsring ab und wollte direkt an dieser Stelle in den Main springen. Es seien aber zuviel Menschen vorbeigekommen, die sie daran gehindert hätten, außerdem sei das Ufer dort sehr hoch gewesen. Sie sprang dann eine Strecke weiter mainabwärts direkt an einer Brücke und sehr verkehrsreichen Stelle ins Wasser. Als man sie herauszog, habe sie sich sehr gewehrt. Patientin erzählt das alles in einer kindlichen, etwas affektierten Art, ohne die geringsten Zeichen von Niedergeschlagenheit oder Bedrücktheit, ist im Gegenteil sogar recht aufgeräumt und vergnügt und kokettiert etwas mit ihrer Kindlichkeit.

16. 10.: Völlig frei und zugänglich, redet meistens in ihrer kindlich gezierten Weise, schlägt die großen Augen schmachkend auf, seufzt mit sehr ausdrucksvoller Miene, versteht sich dann auch gleich wieder aufs Scherzen und Lachen. Einmal sitzt sie in tragisch hingossener Geste am Tisch und erklärt: „Die Männer sind nicht eine Träne, nicht einmal eine halbe Träne wert“. Bei Besuch des Bräutigams ist sie wieder ganz die Leidende, läßt sich von ihm gut zureden und trösten und bricht in Tränen aus, als er sie wieder verläßt. Kurz darauf begibt sie sich wieder frisch und unbekümmert an die Arbeit in der Küche, immer darauf bedacht, die

Aufmerksamkeit besonders auch der Schwestern auf sich zu lenken und im Mittelpunkt zu stehen. Der Bräutigam selbst scheint, nach dem Eindruck, den man aus einer kurzen Unterredung gewinnt, ein etwas weicher, nachgiebiger und gutmütiger Mensch zu sein, der nicht recht weiß, was er von dem Verhalten der Patientin halten soll.

Körperlich-neurologisch kein krankhafter Befund.

Am 17. 10. nach Hause entlassen.

Mochten schon die vorhergehenden Krankheitsfälle der Gruppe B alle mehr oder minder deutliche demonstrative Züge aufweisen, so steht die Extroversion, der *demonstrative Zweckcharakter* doch nirgends so im Vordergrund, wie bei dieser Kranken. Streicht man bei den anderen den Suicidversuch, so bleibt doch immerhin noch eine geringe Bedrücktheit, Verärgerung, Verbitterung, ein Affekt oder wenigstens — wie bei Fall 13 — eine affektiv begründete Resigniertheit, hier aber ist gerade die schauspielerhaft effektsuchende Zweckhandlung das Wesentliche. Es liegt nahe, anzunehmen, daß die Patientin in erster Linie die Absicht habe, den Verlobten, der sich von ihr zurückgezogen hat, wieder zurückzugewinnen oder ihn wenigstens aus Rache zu erschrecken und zu treffen. Die Hauptsache ist: er hat ihr ein anderes Mädchen vorgezogen, sie verstoßen; dieses Erlebnis ist für sie ein affektiver Reiz, den sie nicht verarbeiten kann. Mit sich allein wird sie damit nicht fertig, aber Trauer im stillen Kämmerlein liegt ihr nicht, ebensowenig genügt ihr etwa die Aussprache mit einer Vertrauten, dieser Schlag ist so ungeheuerlich, daß etwas ebenso Auffälliges und Besonderes darauf erfolgen muß. Und damit der Hauptbeteiligte auch dabei ist, gibt sie vorher noch den Verlobungsring bei ihm ab. Auf Grund ihres sonstigen Verhaltens darf sie sicher damit rechnen, daß er hierdurch erschreckt oder mindestens beunruhigt werde. Vielleicht hat sie aber doch auch einen Rest von Hoffnung, daß er sie daraufhin gleich sucht und sie noch einmal persönlich mit ihm verhandeln kann; denn sie kann sich doch nicht entschließen, wie es ihre ursprüngliche Absicht war, direkt vor dem am Ufer stehenden Haus, in dem er arbeitet, in das Wasser zu springen, sondern wandert erst noch ein ziemliches Stück flußabwärts.

Die besondere Reaktionsweise unter der Wirkung affektiver Erregung ist auch hier wieder nur aus der Persönlichkeitsveranlagung zu verstehen. Die Verwandtschaft dieses Hausmädchens mit den anderen Kranken der Gruppe B läßt sich schon aus der Herkunft und den familiären Verhältnissen erschließen, zumindest jedenfalls vermuten. Der Vater ist Rheinschiffer, sie selbst ist mehrere Jahre mit den Eltern auf dem Frachtkahn gefahren; also eine zwar beruflich bedingte, aber doch auch bei dem Vater vielleicht schon tiefer, charakterlich, begründete Unstetigkeit der äußeren Lebensführung. Für die letztere Annahme spricht die Tatsache, daß die Patientin, nachdem sie von den Eltern unabhängig wird, auch weiterhin nirgends

seßhaft wird, sondern als Hausmädchen dauernd die Stellung wechselt. Sie selbst gibt dazu an, sie habe es nirgends lange ausgehalten und wollte „immer einmal wieder wo anders hin“. Also nicht in erster Linie ein Unvermögen, mit den Mitmenschen auszukommen oder sich unterzuordnen, — obwohl dieses natürlich auch mitspielt —, sondern primärer Drang nach Abwechslung, Suchen nach neuen Eindrücken, Erlebnissen, Anregungen, Reizen.

In ihrer Stimmung sonst meist heiter und vergnügt, erklärt die Kranke, sie nehme derartige Erlebnisse mit Männern immer „sehr tragisch, wahrscheinlich zu tragisch“. Man kann daraus schließen, daß sie es erstens überhaupt offenbar gerne mit den Männern zu tun hat, dann aber, daß diese „Verhältnisse“ meist „tragisch“ enden. Dieser schauspielerisch-szenenhafte Ablauf solcher Episoden ist aber sicher weniger aus den jeweiligen äußeren Umständen zu erklären, auch nicht allein aus besonderer Triebhaftigkeit, die sie immer in Konflikte und tragische Verwicklungen riß, sondern aus ihrem Hang zur Tragik selbst, zum Schauspielerischen. Auch nach dem „Suicidversuch“, der sie in die Klinik geführt hat, spielt sie ohne irgendwelche Anzeichen wirklicher Traurigkeit, tiefergehender Niedergeschlagenheit oder gar Bestürzung oder Verzweiflung ihre tragische Rolle als grausam verstoßene, unglückliche und unschuldig leidende Braut weiter. Sie sitzt, wie es in der Krankengeschichte heißt, „tragisch hingegossen“ am Tisch und erklärt: „die Männer sind nicht eine Träne, nicht einmal eine halbe Träne wert“. Beim Besuch des Bräutigams bricht sie in fassungsloses Schluchzen aus, um nach seinem Weggang höchst befriedigt und aufgeräumt wieder in der Küche mitzuwirken. Im Mittelpunkt zu stehen, die Aufmerksamkeit aller auf sich zu lenken, danach geht ihr ganzes Sinnen und Trachten. Immer dann, wenn die äußeren Verhältnisse geordnet sind, wenn zwischen Umwelt und ihr Bekanntheit und Gewöhnung eingetreten ist oder sich zu entwickeln beginnt, muß irgend etwas Neues, Unerhörtes geschehen, damit sich wieder aller Augen auf sie richten. So macht sie denn eine Szene oder läuft weg. Deshalb wird sie nirgends seßhaft, deshalb hält es kein Mann lange mit ihr aus.

So wie die Kinder es nicht leiden können, wenn Erwachsene sich in ihrer Gegenwart unterhalten und, ohne auf sie zu achten, nur mit sich beschäftigt sind; sie machen sich bald irgendwie bemerkbar, erst, indem sie ihre Puppen oder Sandburgen zeigen, wenn dies keinen nachhaltigen Eindruck macht, schreien sie oder schlagen, wenn sie besonders unartig sind; etwas entzwei. Sie sind es gewöhnt, daß man sie bestaunt, bewundert, streichelt und verwöhnt oder sich zumindest mit ihnen beschäftigt, und wenn sie vergessen werden, so wissen sie sich in Erinnerung zu bringen oder zu rächen. Diese *kindlich-egozentrische Einstellung zur Umwelt* ist es, die den durch dieses Hausmädchen vertretenen *hysterischen Persönlichkeitstyp nebst der affek-*

tiven und triebhaften Erregbarkeit kennzeichnet. Der Suicidversuch dieser Patientin ist eine psychogene Reaktion, weil hier Traurigkeit und Verzweiflung in höchster Potenz bis zum Selbstmord gespielt wird, gespielt aber nicht im Sinne klarbewußten, beabsichtigten, planmäßigen Schauspiels, sondern in Form einer aus kaum bewußten Tiefen aufsteigenden, von triebhaft-affektiven Erregungen (Geltungstrieb, Protest, Zorn, Revanchegefühl usw.) gespeisten demonstrativen Handlung.

2. Zusammenfassung und allgemeine psychopathologische Ergebnisse.

Das gemeinsame Kennzeichen der in der zweiten Gruppe zusammengefaßten Krankheitsfälle liegt darin, daß sich der Krankheitsvorgang hier auf einem tieferen Niveau der Persönlichkeit, und zwar in der *Trieb- und Affektschicht*, abspielt. Nicht ein motivisches Erlebnis stellt hier den repräsentativen Ausdruck der sich in ihrer individualspezifischen Struktur mit der Welt auseinandersetzenden Persönlichkeit dar, es wird hier nicht das gesamte seelische Gefüge in Schwingungen versetzt, sondern es handelt sich tatsächlich mehr um einen *Reiz-Antwort-Mechanismus*, der so rasch und prompt erfolgt, daß spezifische psychische Strukturen in viel geringerem Maße, wenn überhaupt, in die resultierende Reaktion eingehen. Das Geschehen ist hier von ganz anderem Tempo, von größerer Intensität, Wucht und elementarer Unmittelbarkeit und entspricht hierin den Eigenheiten affektiver und triebhafter Erregungsabläufe. Stil und Ablauf der Reaktion werden hier vorwiegend von der Dynamik der biologischen Trieb- und Affektapparate bestimmt, während die Bereiche der seelischen und auch der vitalen Gefühle viel weniger in Mitleidenschaft gezogen sind. Auch hier läßt sich das Wesen psychischen Geschehens wiederum gut vom Ausdruck ablesen. Im Vergleich zu dem lebhaften, aber adaequaten Ausdruck der motivierten Depression, der sich dort von selbst einstellt, und den Zustand der seelischen Gefühle ohne stärkere Einwirkung fixierender und extrovertiert-demonstrativer Tendenzen natürlich widerspiegelt, geht es bei diesen Reaktionen sehr viel lauter, unruhiger, unstet-wechselvoller zu. Während die Mimik der Traurigkeit, sei diese motiviert oder endogen, sozusagen nur die äußere, ansichtige Seite, also ein Bestandteil des seelischen Gefühles oder Stimmungszustandes ist, gewinnt sie hier im Rahmen der gesamten Psychomotorik launische Selbständigkeit und fordert anspruchsvoll Beachtung und Stellungnahme heraus. Dieser übertrieben-bühnenhafte, überspannt-darstellerische Ausdruck kann in manchen Fällen zum amorphen Bewegungsturm werden und schließlich in ganz ichfernen biologisch-somatischen Mechanismen — (Schweißausbruch, Erröten. Erblassen, cardiovasculäre Störungen, vegetativ-vasomoto-

rische oder auch epileptiforme Anfälle) — den seelisch-expressiven Charakter fast ganz verlieren.

Bei der Zusammenfassung der einzelnen klinischen Ergebnisse der Gruppe B kann ich mich kurz fassen, da die Symptomatologie der meisten Reaktionsformen bekannt ist. Als Übergangsform zu der Gruppe A habe ich Fall 9 als *motivierte Depression mit psychogenem Einschlag* bezeichnet. Wenn man will, könnte man in solchen Fällen auch von *psychogener Depression* sprechen, müßte diesen Terminus aber auf die Fälle beschränken, in denen zwar eine leicht depressiv gefärbte Stimmungssenkung besteht, von geringerer Intensität und Nachhaltigkeit wie bei den reinen motivierten Depressionen, zugleich aber eine mehr extrovertierte Einstellung in Form von Zweckvorstellungen, Verstellungstendenzen oder mehr oder weniger bewußtem Spielen erkennbar ist, die aus Unlust-, Trotz- oder Protestaffekten entspringen. So erscheint die Depression dieser Kranken zum Teil als unecht, gemacht, übertrieben oder tendenziös. Suicidversuche sind häufiger als bei den reinen Fällen der ersten Gruppe und zeigen deutlicheren demonstrativen Zweckcharakter. So findet auch L a n g e fast immer „eine, wenn auch mitunter versteckte, aggressive Note, die vielfach das Übergewicht hat. Lieblosigkeit, egozentrische Einstellung, Gereiztheit gegen andere, Verbissenheit, ja aktive Feindseligkeit (Selbstmordaufforderung an den Ehemann), ein Hadern mit dem jeweiligen sozialen Kreis aus der eigenen Mißstimmung heraus fehlen fast nie und unterscheiden diese Psychosen nachdrücklich von den Melancholien“. Als weitere Merkmale nennt L a n g e „Abhängigkeit der Verstimmung, auch in ihrem Verlauf, von dem auslösenden Anlaß, die Heilung mit Lösung des Konfliktes, die immer starke Beeinflussbarkeit durch Milieuänderung, Zuspruch, Milderung der drückenden Verhältnisse, usw.“. Der so verstandenen „psychogenen Depression“, die L a n g e den endogenen, „psychisch-provozierten“ und den früher schon genannten „reaktiven Melancholien“ gegenüberstellt, müßten — da sonst kein Terminus zur Verfügung steht — sowohl unsere motivierten Depressionen der Gruppe A, als auch die psychogene Depression und die verwandten Reaktionen zugeordnet werden. Bei subtilerer Grenzziehung ergibt sich unsere Aufteilung mit dem hier entwickelten Begriff der psychogenen Depression, der nur die Fälle umfaßt, in denen neben motivierter Traurigkeit eine deutlichere aggressive oder extrovertierte Note zu erkennen ist. Ohne selbstverständlich die Schwierigkeit der Entscheidung in einzelnen Fällen und die fließenden Übergänge zu übersehen, erscheint zu genauerer typologischer Bestimmung und im Interesse exakter psychopathologischer Analyse eine möglichst feine Scheidung und Gruppierung der Krankheitsfälle doch erstrebenswert.

Bei den folgenden Fällen 10 bis 13 handelt es sich um *Impuls- und Primitivreaktionen*, die sich zwar nach außen hin weitgehend gleichen,

in ihrer Entstehungsweise jedoch der prämorbidem Persönlichkeit entsprechend zum Teil mehr oder weniger voneinander abweichen. Der Anlaß ist nicht wie bei den Fällen der ersten Gruppe eine Bewegung der seelischen Gefühle, sondern eine wohl mehr unbewußte affektive Erregung. Zurücksetzung, Kränkung, Ärger, Ekel, Protest, Rache sind die teils mehr passiven, teils schon ein aktives, aggressives Abwehrelement enthaltenden Affekte, die die Reaktion in Gang bringen. Fast immer liegt der Angriffspunkt in der energetischen Ich- oder sexuellen Triebphäre, deren spezifische Funktionsweise eben in solchen unspezifischen, triebartigen und primitiven Reaktionen zum Ausdruck kommt. Ob sich das junge Mädchen nach einem Auftritt mit dem Vater in das Wasser stürzt, oder der Choleriker in ohnmächtigem Zorn den Gashahn öffnet, ob die Dirne in sentimentaler Stimmung und einer plötzlichen Anwandlung von Einsicht und Ekel zu Schlaftabletten greift, oder ob schließlich der haltlose Säufer im Rausch ins Wasser geht — immer sind es unüberlegte, nicht eigentlich gewollte, impulsive Affekthandlungen, die den Menschen raptusartig überkommen. Auch bei diesen Kranken ist eine allgemeine Unlust, ja manchmal sogar auch echte Lebensunlust mit im Spiele, aber nicht, wie bei den motivierten Depressionen, in Form einer den ganzen Menschen ergreifenden Traurigkeit, einer Schwächung des Lebensgefühles bis zur Hoffnungslosigkeit, sondern in Gestalt eines Affektes, einer heftigen elementaren Erschütterung der Grundfesten des Organismus. Gerade deswegen aber, weil der Angriffspunkt ein viel tieferer ist, an einer vitaleren, weil phylo- und antogenetisch älteren Schicht liegt, werden auch viel mächtigere Gegenkräfte, Triebentladungen, Affektstürme und Selbsterhaltungsinstitute auf den Plan gerufen, und die Reaktion geht rasch vorüber. Wir haben es also hier im Gegensatz zu den sich — nach der K l e i s t'schen Terminologie — in den höheren Schichten des Gefühls-Ich, der Thymopsyche, abspielenden motivierten Depressionen mit Vorgängen im tieferen Bereich des Trieb- und Affekt-Ich zu tun. Nirgends wird die Es-Ich-Polarität der Persönlichkeit so deutlich wie bei diesen Affektreaktionen, wo der Mensch über sich selbst den Kopf schüttelt, wo dem Ich das Walten und Wüten der Naturinstinkte seines Es rätselhaft, ja geradezu unheimlich wird, oder aber, wo die biologisch-elementaren Gewalten der tieferen Schichten das Ich überhaupt nicht mehr zu Wort kommen lassen, ja nicht einmal mehr als Zuschauer dulden, besonders, wo es zur Bewußtseinseinkerbung und -trübung, zum Affektdämmerzustand kommt.

K r e t s c h m e r definiert Kurzschlußhandlungen als solche Reaktionen, „wo affektive Impulse sich unter Umgehung der Gesamtpersönlichkeit direkt in Handlungen umsetzen“ und sagt, daß Explosivreaktionen dadurch zustande kommen, daß „sich starke Affekte ohne zügelnde Überlegung einfach elementar entladen“. Entscheidend für die Entstehung solcher triebartiger Explosiv- und Kurzschlußhand-

lungen ist indes nicht oder jedenfalls nicht allein die Stärke des Affektes, sondern die Tatsache, daß ein Affekt überhaupt der Anlaß ist und daß infolge einer bestimmten Wesensartung eine gesteigerte Empfänglichkeit für affektive Erregungen besteht. Im übrigen liegt es im Wesen des Affektes, daß er zur Beherrschung aller psychischen Vorgänge drängt und eine Spannung schafft, auf die eine Lösung erfolgen muß.

Bleuler hat in seiner viel zu wenig beachteten Arbeit über „Affektivität, Suggestibilität, Paranoia“ die überragende Bedeutung der Affekte für das Handeln in klassischer Weise dargestellt. Einige Ausführungen seien ihrer grundsätzlichen Bedeutung halber hier wörtlich wiedergegeben:

„Der Affekt verallgemeinert eine Reaktion . . ., der Affekt ist eine verallgemeinerte Reaktion. Ein Stich in einen Finger läßt mich die Hand zurückziehen. Bin ich dabei erschrocken, so weicht der ganze Körper aus; gerate ich in Zorn, so geht der ganze Körper zum Angriff über. Aber nicht nur der Körper. Bin ich ängstlich geworden, so werden alle Rücksichten, die mir eine Flucht erschweren könnten, mehr oder weniger unterdrückt, der Gedanke des Ausweichens wird der allein Maßgebende. Werde ich zornig, so schlage ich drein, auch wenn es nicht gerade angemessen ist, und ich glaube in diesem Moment erst noch, dazu berechtigt zu sein. So werden durch die Affekte alle diejenigen Assoziationen gehemmt, die ihnen entgegenstehen, die entsprechenden aber gefördert. Dadurch wird selbstverständlich die momentane Kraft des Handelns erhöht (auch wenn das Handeln ein negatives, ein Beharren im gegenwärtigen Zustand ist) . . . Die Hemmung der freien Überlegung durch den Affekt mag oft eher nachteilig als nützlich erscheinen. Unsere Entschlüsse im Affekt sind mit Recht berichtigt; im Zorn, in Verzweiflung wie in Liebe macht man viele Dummheiten, die man sonst nicht beginge; ja negative Affekte, wie der Schreck, die Angst, machen uns manchmal geradezu wehrlos gegenüber der Gefahr. Das sind aber Ausnahmen, die verhältnismäßig sehr selten sind. Zwar können auch diese maximalen Affekte, die oft über das Ziel hinausschießen, ganz nützlich sein (die Kraft der Verzweiflung usw.); unseren Verhältnissen angepaßt sind aber in erster Linie die alltäglich und allstündlich vorkommenden geringen und mittleren Grade der Affekte, die wir unter gewöhnlichen Umständen meist nicht beachten. Wie oft hilft uns eine kleine Dosis von Ungeduld ein Hindernis überwinden; der ärgerliche Klang der Stimme genügt manchmal, uns einen Lästigen vom Leibe zu halten . . . So ist die Affektivität viel mehr als die Überlegung das treibende Element bei allen unseren Handlungen und Unterlassungen. Wahrscheinlich handeln wir nur unter dem Einfluß von Lust- und Unlustgefühlen; die logischen Überlegungen erhalten ihre treibende Kraft erst durch die damit verbundenen Affekte; es gibt so viele Leute, die genau wissen, was sie tun sollten, aber nicht zum Handeln kommen, weil die entsprechenden Affekte fehlen. Alle Triebe und Instinkte sind, soweit wir sie an uns beobachten oder aus dem Verhalten der Tiere analysieren, mit Affekten verbunden. So sind die Affekte nicht nur mit dem Erkennen, sondern noch viel enger mit dem Wollen verknüpft; ich möchte am liebsten sagen: die Affektivität ist der weitere Begriff, von dem das Wollen und Streben nur eine Seite bedeutet.“

Kretschmer sieht bei der Heimwehreaktion den Unterschied bei dem infantilen Dienstmädchen, das zur Brandstifterin wird, gegenüber dem Aussprechen, Ausweinen oder schlimmstenfalls Kündigen oder Weglaufen besonders darin, „daß der Heimwehimpuls nicht mehr durch das Filter der Gesamtpersönlichkeit gegangen ist, sondern

direkt auf die Psychomotilität durchgeschlagen und so die Handlung erzeugt hat“. Die affektive Erlebnisenergie verlaufe bei beiden zunächst in derselben Bahn, würde aber dann bei dem gewöhnlichen Dienstmädchen noch einen langen, verschlungenen Weg zu durchlaufen haben, nämlich alle die Zwischenschaltungen, die sich aus dem Gefühls- und Vorstellungsschatz der Gesamtpersönlichkeit weiter ergeben würden, und durch ein Dutzend Gegenimpulse und Widerstände so gebremst und umgebogen sein, daß als motorische Reaktion am Schluß etwas ganz Harmloses zum Vorschein käme. Die Frage, wodurch nun diese verschiedene Wirkungsweise von Affekten zu erklären ist, ist damit aber noch nicht beantwortet. Wie oben bereits ausgeführt, hängt dies m. E. erstens mit der Tangierung der sexuellen oder der damit wesensverwandten höheren sublimierten energetischen Trieb-sphäre, sowie der Affektivität zusammen, der eine autonome spezifische Funktionsweise zu eigen ist, deren Hauptkennzeichen eben gerade die grundsätzliche Tendenz zu sofortiger Entladung, zur Lösung von Spannungen jeglicher Art in entsprechenden Reaktionen und Handlungen ist. Zum anderen aber wirken bestimmte *prämorbid somatopsychische Strukturen* mit, deren Abnormität entweder in einer *anlagemäßigen Erregbarkeitssteigerung der Triebfunktionen gegenüber den Gefühlsvorgängen und Verstandesleistungen* oder in einer *angeborenen Widerstandsschwäche gegen Trieb- und Affektreize und minderwertigen Willensleistungen* liegt. Beide, oft zusammenwirkenden Faktoren können auch Wirkung und Ausdruck einer nur vorübergehenden, entwicklungsgeschichtlich bedingten Dissoziation, Spaltung oder Auflockerung des körperlich-seelischen Organismus sein oder durch außergewöhnliche seelische und körperliche Belastungen und Schädigungen im Sinne eines *locus minoris resistentiae* in Erscheinung treten. Dementsprechend sehen wir als Träger solcher Reaktionen vorzugsweise die Primitiven, triebhaft-affektiv Erregbaren, die haltlosen Trieb-Affektlabilen, die Infantilen und Jugendlichen mit ihrer unausgeglichene und überspannten Trieb- und Affektlage und die Hirntraumatiker, Alkoholiker, Senilen, Arteriosklerotiker und durch außergewöhnliche körperliche oder seelische Belastungen Geschädigten mit erworbener triebhaft-affektiver Steuerungsschwäche und Labilität.

Welche *Gesamtbezeichnung* ist nun für alle diese abnormen Reaktionen zu wählen? Da diese Reaktionen ja nicht etwa aus primärer Bewußtseinsstörung oder anderen endogenen Krankheitsprozessen (etwa anfallsartigen Störungen der Stimmungsqualität: „Episodische Verstimmungen“) entspringen, sondern durch Erlebnisse oder motivierte seelische Spannungen hervorgerufen, also psychisch vermittelt werden, können sie mit guten Gründen *psychogene Reaktionen* genannt werden. Sie sind als solche aber nicht allein durch die Entstehungsweise, sondern in erster Linie durch ihre innere Gesetzmäßigkeit, den psychopathologischen Aufbau und den Ablauf des Mechanis-

mus zu bestimmen. Gerade der Vergleich mit der motivierten Depression läßt den Charakter dieser psychogenen Reaktion im Kontrast deutlich werden: Wird dort das Bild ganz von dem *Expressiv-Leidenden*, dem *Asthenisch-Pathischen* bestimmt, ist hier das *Demonstrativ-Zweckhafte*, *Aggressiv-Extrovertierte* unverkennbar. Hält sich dort das Geschehen vorwiegend im Bereich der seelischen Gefühle und kommt es allenfalls zu sekundärer Beeinträchtigung des Stimmungsuntergrundes, erfolgt hier die Auseinandersetzung mit der entwicklungsgeschichtlich älteren Sphäre der Triebe und Affekte. Die seelischen Gefühle können den motiviert Depressiven zwar sehr erfüllen, das Motiverlebnis bleibt aber stets als Leitthema dem Ich nahe, und der Mensch verliert sich nicht, gebe er sich dem Schmerz auch noch so sehr hin. In der psychogenen Reaktion dagegen gerät der Mensch „außer sich“, ursprüngliche, ichferne Energien packen ihn mit naturhafter Macht und halb widerstrebend, halb folgend entgleitet er sich selbst. Dort sehen wir also ein harmonisches, in Entwicklung, Form und Ablauf gut zu verfolgendes und einfühlbares Geschehen mit dem *Motiv als individualspezifischem repräsentativem Leitthema*, hier *zerbricht das seelische Gefüge in allzu überstürztem Reiz-Antwortmechanismus*, und das Ich hat sozusagen kaum Zeit noch Ruhe, zu prüfen, wägen, mildern oder zu motivieren; ehe es überhaupt sein Veto hätte einlegen können, ist bereits alles vorüber.

Gerade diese *laue Haltung des Ichs*, das sich nicht zu einem entschiedenen Nein aufrufen kann oder will, ist charakteristisch für die psychogenen Reaktionen. Triebhaft-affektive Erregungen drängen, wie wir sahen, von Natur aus zur Entäußerung, ihre Zügelung und Bremsung erfordert viel stärkere Gegenimpulse als die Steuerung der seelischen Gefühle. Psychogene Reaktionen können sowohl dadurch zustande kommen, daß ein Erlebnis Trieb- und Affektenergien mobilisiert hat, die sich, von den kritischen und hemmenden Instanzen des Ichs nur etwas gedämpft und verwandelt, entladen, wie auch dadurch, daß das Ich sich als Ausweg aus bedrängender Situation, die es anders nicht bewältigen zu können glaubt, dieser Spannungen und Entladungsmechanismen instinktiv bedient. In beiden Fällen ist das Ich, ob es nun — oft mit nicht ganz gutem Gewissen — den Dingen ihren Lauf läßt, oder ob es selbst die Geister herbeiruft, den Mechanismus zumindest durch einen diffusen Impuls in Gang bringt, also doch bis zu einem gewissen Grade an der Reaktion beteiligt. Von einer solchen zumindest lockeren Zügelung und Leitung gibt es hinsichtlich des Grades der Beteiligung höherer individualspezifischer seelischer Strukturen und Kräfte alle Übergänge bis zu deren völligem Erliegen in nur noch somatisch-biologischen Reaktionsformen.

In solchen extremen Formen psychogener Reaktionen ist nun in der Tat die Ichbeteiligung so gering, das Somatisch-Biologische andererseits derart vorherrschend, daß es notwendig erscheint, diese Fälle

auch terminologisch besonders zu kennzeichnen, auch zur Abgrenzung gegenüber der Hysterie. Daß es sich weder um „Erlebnis- noch um Persönlichkeitsreaktionen“ (Braun) handelt, bedarf keiner weiteren Begründung mehr. Die Bezeichnungen „krankhafte Reaktionen“ oder „abnorme Reaktionen“ sind aber zu blaß und nichtssagend. Aber man kann diese Bilder eben auch nicht einfach in den psychogenen Reaktionen aufgehen lassen. Es ist ja gerade nicht die vollentwickelte Psyche mit ihrer reichen individuellen Gestaltung, dem ganzen Material des Erfahrungs- und Vorstellungsschatzes und dem Inhalt des Gefühls und Verstandeslebens, die hier zur Außenwelt in Beziehung tritt, sondern bestimmte Reize, vor allem mehr unbewußte, instinkthafte affektive Erregungen — es kann hier kaum von Erlebnissen im eigentlichen Sinne gesprochen werden — treffen gleichsam nur eine bestimmte Stelle, eine umschriebene Sphäre der Psyche, und die Reaktion überschreitet auch bis zuletzt diesen Bezirk nicht, so daß man ja, wie wir sahen, geradezu von einer Spaltung der Psyche sprechen kann. Da es also hier zu einer besonders weitgehenden Ausschaltung des Teiles der Psyche kommt, den man auch als die höheren Persönlichkeitsschichten, das Ich bezeichnet, und der die Gefühls-, Willens- und Verstandessphäre mit ihren individuellen Differenzierungen umfaßt, schlage ich als Sammelnamen für diese provozierten, vorwiegend somatisch-biologischen Mechanismen die Bezeichnung *Psychoideaktionen* vor.

E. Bleuler hat diesen Ausdruck der „Psychoide“ in Anlehnung an neuere naturphilosophische und psychologische Erkenntnisse geprägt, womit er den Dualismus psychisch - nichtpsychisch unter Hinweis auf die auch außerhalb des Bereiches des eigentlich Psychischen waltenden allgemeinen Lebensprinzipien — mnemische Funktion, Integration und teleologisches Prinzip — überbrückt. Gerade der Ablauf dieser Reaktionen in den „Vitalschichten“ der Persönlichkeit, die funktionell aufs engste mit der Körpersphäre in Beziehung stehen und deren anatomisches Vollzugsfeld auch in unmittelbarer Nachbarschaft der vegetativ-endokrinen Regulationszentren zu suchen ist, gibt mehrfach Berechtigung und Begründung zu dieser Bezeichnung.

Unter psychogenen Reaktionen sind demgegenüber solche durch Erlebnisse ausgelöste Vorgänge zu verstehen, die zwar — wie die psychoiden — ihre Hauptenergie aus der Trieb-Affektschicht beziehen, aber doch in ihrer endgültigen Entwicklung nicht ganz ohne Einfluß von seiten der gesamten Persönlichkeit bleiben und dadurch eine größere Variabilität und Elastizität gewinnen. Während die psychoiden Reaktionen als ubiquitäre atavistische reflex- oder instinktartige seelisch-körperliche Entladungen erscheinungsmäßig recht einförmig sind, erfahren die psychogenen Reaktionen infolge der Beteiligung höherer Persönlichkeitsschichten eine individuell und situativ viel spezifischere Ausgestaltung und zeigen eine unvergleichlich buntere Erscheinungs-fülle.

Wenn auch seelisch wenig strukturierte, vorwiegend affektiv-triebhaft geleitete Menschen im allgemeinen eher zu psychoiden Reaktionen neigen, so lassen sich doch

aus der Beobachtung psychoider Mechanismen einer- und psychogener Reaktionen andererseits keine grundsätzlichen Schlüsse auf die prämorbid Persönlichkeit ziehen. Denn eine psychoide Angst- oder Schreckreaktion beispielsweise (vasomotorisch-neurotische Reaktion nach Schreckemotionen von Bonhoeffer) kann auch einmal eine höher organisierte Persönlichkeit ohne jegliche krankhafte Veranlagung erschüttern, während die sich langsamer entwickelnden, weniger elementaren psychogenen Reaktionen ja gewissermaßen erst die Persönlichkeit passieren und von ihr zugelassen werden müssen, also immer eine wenigstens temporäre abnorme seelische Verfassung von einiger Dauer oder aber eine abnorme psychopathische Konstitution anzeigen. So sind demnach die äußerlich viel gröberen und auffälligeren, aber persönlichkeitsfernen Psychoidreaktionen im Einzelfalle möglicherweise hinsichtlich der prämobiden Persönlichkeit günstiger zu beurteilen, als die differenzierteren persönlichkeitsnäheren psychogenen Reaktionen.

Es gibt zwar auch hier, wie überall in der Psychiatrie und Psychopathologie, schwierig einzuordnende Grenz- und Übergangsfälle, doch wäre mit dieser relativ klaren Begriffsscheidung m. E. eine reinere klinische Aufteilung und Gruppierung möglich, als sie die seither üblichen Bezeichnungen erlauben. Zudem enthalten diese Termini Psychogen und Psychoid gerade in ihrer Gegenüberstellung bereits gewisse Richtlinien einer psychopathologischen Analyse des Einzelfalles und geben wenigstens allgemeine Hinweise auf die Persönlichkeitsstruktur, ebenfalls ein Vorteil gegenüber den mehr symptomatologisch-descriptiven Bezeichnungen von Primitiv-, Kurzschluß-, Impulsiv- oder Explosivreaktionen. Nicht zuletzt kann die ergänzende und zusätzliche Bildung des Psychoids dazu dienen, die Differentialdiagnose psychogener Vorgänge und hysterischer Erscheinungsformen zu klären und zu erleichtern.

Zum Schluß ist noch im Hinblick auf den letztgeschilderten Fall (14) auf die *Hysterie* einzugehen. Wenn auch eine geschlossene Darstellung der eigenen Auffassung der Hysterie in diesem Rahmen nicht möglich ist (hierzu müßte man vor allem noch mehr Kasuistik bringen), sind doch zu einer möglichst klaren Abgrenzung gegenüber den psychogenen und psychoiden Reaktionen einige theoretische Erörterungen mit Stellungnahme zu den derzeit geltenden bekannteren Auffassungen notwendig.

Die psychogenen Reaktionen unterscheiden sich, wie oben ausgeführt, von den psychoiden durch ihre mehr individuelle, der Situation angepaßte und damit meist auch zweckgerichtete Ausgestaltung. Wenn man daher heute unter Ablehnung des Krankheitsbegriffes Hysterie allgemein mit Kretschmer, Bonhoeffer, Gaupp lediglich „hysterische Reaktionen“ anerkennt und in ihnen „instinktiv, reflexmäßig oder sonstwie biologisch vorgebildete Mechanismen“ (Kretschmer) erblickt, unter dem Motto „Flucht in die Krankheit“ (Freud, Gaupp), unter der Wirkung einer „inhaltlich bestimmt gerichteten Willensrichtung“ (Bonhoeffer), so enthält diese Definition nichts, was nicht auch teils die psychogenen, teils die psychoiden Reaktionen auszeichnete.

Die Erforschung der „Psychodynamik der Hysterie“ hat im Grunde nichts anderes gezeigt, als daß bei der Hysterie psychogene — oder, wie wir sie zum Teil nennen würden, psychoide — Mechanismen von Bedeutung sind, was ja aber bereits durch Kraepelin bekannt war. Auch der von Bonhoeffer und Gaupp hinzugenommene Begriff des „Krankheitswillens“ oder des „Zweckcharakters“ kann das Wesen der „hysterischen Reaktionen“ gegenüber den psychogenen, die ja auch mehr oder weniger „tendenziös“ sind, nicht schärfer bestimmen. Die Unschärfe dieser Begriffsbestimmung kommt in der nie endgültig geschlichteten Diskussion über die Beziehungen zur Simulation, den Hilfsbegriffen des hysterischen Typs, der „Entartungshysterie“ oder der „hysterischen Kanaille“ und den fruchtlosen Erörterungen über den, in der psychiatrischen Literatur schon fast zu lächerlicher Berühmtheit gelangten Heulanfall Bismarcks deutlich genug zum Ausdruck.

Vielleicht ist es aber nun gerade das Beispiel eines primitiven und entwicklungsgeschichtlich alten Ausdrucksvorganges, wie das Weinen, mit dem das Wesen des Hysterischen mit Hilfe der hier entwickelten Begriffe psychoider und psychogener Reaktionen etwas schärfer bestimmt werden kann. So lange das Kind aus einfachem Unlustgefühl weint, handelt es sich um eine reflex- oder instinktartige Entäußerung, also eine Ausdrucksbewegung. Wird das Kind älter und benutzt es auf Grund inzwischen gesammelter Erfahrungen das Weinen zur Erreichung eines bestimmten Zieles, so liegt entweder bewußte Verstellung, also Simulation, vor oder man müßte bei Annahme nur halb bewußter Tendenzvorstellungen von „hysterischer Reaktion“ sprechen. Denn es handelt sich ja um einen biologisch vorgebildeten Mechanismus mit Zweckcharakter oder unter Verstellungstendenz. Ich glaube, auch der fanatischste Verfechter dieser Definition „hysterischer Reaktion“ wird zugeben, daß man ebenso gut, wahrscheinlich aber sogar besser, ein solches Verhalten als psychogene (oder psychoide) Reaktion bezeichnet, wie es sich aus unserer Auffassung ergibt. Ebenso wäre das situationsbedingte Weinen eines Erwachsenen als psychogene Reaktion anzusehen.

Es ist aber m. E. ein wesentlicher Unterschied, ob ein sonst besonnener und vernünftiger Erwachsener bei Gelegenheit einmal in kindlich-instinktartige primitive Verhaltensweisen verfällt, oder ob er auch bei geringfügigen Anlässen, oder womöglich überhaupt ohne ersichtliche direkte Motivierung immer wieder derartige Rückfälle zeigt, und zwar nun nicht nur in Form von Weinen, sondern auch mit Schreien, Wutanfällen, Um-sich-schlagen, Zittern usw. In diesem Falle würde man nicht nur von „hysterischer Reaktion“ sprechen, sondern wohl auch kein Bedenken haben, den Betreffenden als Hysteriker zu bezeichnen.

Die psychoiden und psychogenen Reaktionen treten bei den hysterischen Persönlichkeiten häufiger als sonst und unter mehr oder weniger buntem Erscheinungswechsel auf. Der Schwerpunkt der Auslösung oder Verursachung der einzelnen Reaktionen verlagert sich offenbar mehr von verständlichen Anlässen zu weniger durchsichtigen inneren Konstellationen und Dispositionen. Es kommt schließlich dazu, daß der Hysteriker eine Art Virtuosität erlangt in der Fähigkeit, psychoide Mechanismen je nach Wunsch anspringen zu lassen. Daneben bleibt freilich auch immer eine doch offenbar anlagemäßige Bereitschaft zu ursprünglichen echten reflexartigen psychoiden Mechanismen. Soll es aber einmal nach Wunsch gehen, so braucht er nicht, wie der Simulant, etwas vorzutäuschen und aktiv Theater zu spielen, sondern es genügt ein gleichsam diffuser Impuls, um den Mechanismus wie durch einen Hebel oder Anlasser in automatische Tätigkeit zu versetzen. Dabei kann die Fertigkeit des An- und Ausschaltens wie auch die Produktion ganzer Skalen bunter Variationen hohe Grade erreichen. Die vielzitierte Verwandtschaft des Hysterikers zum Schauspieler besteht darin, daß auch der Schauspieler eine einmal eingeübte und gleichsam automatisch lebende Rolle je nach Wunsch einschalten kann, der Unterschied ist aber der, daß die Rolle des Hysterikers in ihren wesentlichen Elementen durch die Natur vorgebildet ist, während die schauspielerische je von Fall zu Fall neu einstudiert und automatisiert werden muß.

Diese Erwägungen führen zu dem unvermeidlichen Schluß, daß dem hysterischen Geschehen eine *besondere psychophysische Veranlagung*, die dem Gesunden fehlt, zugrunde liegen muß: psychoide und psychogene Reaktionen treten nicht nur besonders häufig und ohne für Gesunde in Ausnahmefällen als adaequat anzusehende Anlässe auf, sondern der Hysteriker verfügt über eine nur ihm eigene *Fertigkeit, solche primitiven atavistischen Mechanismen an- und ausklingen zu lassen*.

Fast jedes gesunde Kind zeigt in gewissen Lebensabschnitten diese Fähigkeit situativ gebundener tendenziöser Verwendung und Produktion solcher psychoider Reaktionen, die sich aber durch Erziehung und im Laufe normaler Persönlichkeitsreifung allmählich verliert. Mit der Reifung der Wahrnehmungsleistungen und der allmählich zunehmenden Fähigkeit, Erfahrungen zu sammeln und einen festen Gedächtnisbesitz anzulegen, lernt das Kind, aus seinem engen, um das eigene Ich zentrierten Horizont mehr und mehr heraustretend, die Welt der sogenannten Realitäten kennen. Es erkennt allmählich, daß es außer dem — früher für es nur allein existierenden — Ich auch ein Nicht-Ich, ein Du und ein Es gibt, und so gelangt es über eine Phase zunächst noch unscharfer Grenzziehung zwischen innerseelischen Vorgängen und äußeren Eindrücken allmählich zu einer Festigung des Ich- und Selbstgefühles gegenüber dem immer schärfer erfaßten anderen — persönlichen und sachlichen — Außen. Diese Zwischenphase unscharfer Verquickung von Innen- und Außenwelterleben ist jedem Erzieher aus der in diesem Lebensalter fast regelmäßig zu beobachtenden Neigung zu mehr oder weniger abenteuerlichen Phantastereien, romantischen Erlebnisverfälschungen und Pseudologismen gut bekannt. Erst mit der Überwindung dieses Stadiums geht die kindliche Naivität und

die spezifisch kindliche Welt verloren. Denn zugleich mit dem Erkennen der Grenzen des Ichs und dem Erfassen der Außenwelt erwacht auch der Trieb, sich dieser zu bemächtigen und dieses Nicht-Ich zu beherrschen. Dieser Bemächtigungstrieb ist demnach unbedingt als ein Neuerwerb gegenüber den lediglich aus Lust-Unlust-erregungen fließenden primitiven Triebregungen des Kleinkindes anzusehen. Er ist die Folge eines wesentlichen geistigen Reifungsprozesses, mit dem die eigentliche und spezifische kindliche Welt mit ihrer magisch-totemistischen Naivität endgültig durchbrochen und der Eintritt in das Erwachsenenalter mit kritischem Außenwelt-erkennen vollzogen wird.

Diese Entwicklung führt, auch unter dem Einfluß der mit wachsendem Außenwelterfassen sich einstellenden Selbstbeobachtung und Selbstkritik, zu einer *grund-säglichen Wandlung der Ich-Umweltbeziehungen*. Die fast ausschließlich aus Lust-Unlusterregungen entstandenen *Trieb-Affektreaktionen* des kleinkindlichen, vorwiegend animalisch-vegetativen Wesens werden abgelöst durch mehr oder weniger kritisch fundierte Willensakte und in zunehmendem Maße individuell gestaltete auf die Außenwelt gerichtete *Wirkhandlungen*.

Aus dieser Betrachtung ist zu folgern, daß die unmittelbare Umsetzung von Trieb- und Affekterregung oder Außenwelteinflüssen überhaupt in psychoide Reaktionen als spezifisch *kindliche Verhaltensweise* anzusehen ist und aus ihrem Bestehenbleiben beim Erwachsenen daher auf *partiellen psychischen Infantilismus* geschlossen werden muß.

In der Tat haben auch die meisten Hysterieforscher, so auch Kretschmer, häufiges Vorkommen von Infantilismen, auch auf körperlich-endokrinem Gebiet, bei der Hysterie gefunden. Aber auch bei den hochorganisierten, kompliziert strukturierten und differenzierten hysterischen Persönlichkeiten muß das Sistieren psychoider Reaktionsbereitschaft als partieller psychischer Infantilismus — im Sinne A n t o n s — gewertet werden.

Nicht immer braucht es dabei zu massiven psychoiden Reaktionen zu kommen, sondern die auslösenden affektiv-triebhaften Erregungen können auch in individuellere psychogene Mechanismen und schließlich in gleichsam sublimierte „Erlebnis- und Persönlichkeitsreaktionen“ nach außen abgeleitet werden. Der all diesen hysterischen Persönlichkeiten gemeinsame Wesenszug besteht daher letztlich in einer *dissoziierten psychischen Reifung*, in dem auch im Rahmen einer sonst hochorganisierten seelisch-geistigen Persönlichkeitsentwicklung wenigstens zeitweise die kindliche Welteinstellung mit der Ichzentrierung durchschimmert. So ist bei der Hysterie die Wirklichkeitsbewältigung des gesunden Erwachsenen mit den Mitteln kritischer Erkenntnis und bewußter, vernunftgemäß geleiteter, Willensakte entweder zeitweise ersetzt durch infantile Psychoidreaktionen, oder es kommt zu einer Überlagerung beider Seins- und Reaktionsweisen, zu innigen Durchflechtungen mit allen nur denkbaren Übergangs- und Grenzzuständen.

Aus einer solchen vorwiegend entwicklungspsychologischen Auffassung der Hysterie lassen sich die Beziehungen zu den verschiedensten Psychopathien — z. B. den emotiven, pseudologistischen, geltungssüchtigen — zur Simulation, sowie zu den

verschiedensten psychogenen Mechanismen in der Breite des gesunden Seelenlebens zwanglos ableiten, und es wird vor allem auch verständlich, daß bestimmte abnorme Persönlichkeiten als hysterisch zu bezeichnen sind, ohne daß immer größere Psychoid- oder Primitivreaktionen in Erscheinung treten müßten. Gegenüber der geltenden Lehre von den „hysterischen Reaktionen“, die nur die Fälle mit sichtbaren körperlichen Manifestationen erfaßt und zudem — wie oben ausgeführt — keine scharfe Grenzbestimmung gegenüber den einfachen psychoiden und psychogenen Reaktionen enthält, werden von der hier skizzierten Hysterieauffassung auch die höher organisierten Persönlichkeiten erfaßt, und es wird über die bloße Beschreibung der unspezifischen psychoiden und psychogenen Mechanismen hinaus auf entwicklungspsychologischem Wege eine Erklärung der spezifischen hysterischen Grundstörung als einer dissoziierten Reifung versucht, die sich — wie weiter unten angedeutet werden wird — auch von verschiedenen anderen Seiten her stützen läßt.

Kurz zusammengefaßt ist daher m. E. die *hysterische Grundstörung in einer Uneinheitlichkeit der Persönlichkeit* zu sehen, indem die *zielgerichtete Aktivität des Erwachsenen* zeitweise — besonders durch affektiv-triebhaft Erregung — von *infantilen Psychoidreaktionen* abgelöst wird. Während solche Rückfälle bei Gesunden nur ausnahmsweise durch Erschöpfung oder Lähmung der Aktivität — Krankheit, seelische Traumen, Schreck, Angst — auftreten können, bleibt bei der hysterischen Persönlichkeit das kindlich-egozentrische Weltbild in weitgehender Selbständigkeit bestehen. Dabei kommen alle nur denkbaren *Übergänge und Variationen* von strenger Dissoziation mit massiven Psychoidreaktionen und oft an Simulation und Schauspielerlei erinnernder *Schalt- und Spaltungsfähigkeit* vor bis zu hochdifferenzierten Persönlichkeitsgestaltungen, in deren komplizierten Erlebnisreaktionen die infantile Umwelteinstellung mit ihrer Disposition zu psychoiden Verhaltensweisen oft nur noch ganz verborgen, oft auch in reizvollem Kontrast zu erwachsener Kritik und reifer Wirklichkeitsbewältigung durchschimmert.

Die mannigfachen Beziehungen zu den verschiedensten Psychopathien, von denen nur die affektiv-triebhaften, stimmungslabilen, geltungssüchtigen, sensitiven und pseudologistischen genannt seien, lassen die Hysterie in allen Farben schillern und machen ihre Abgrenzung von anderen Persönlichkeitsabnormalitäten so schwierig. Die Sprunghaftigkeit der Gefühle und Affekte mit dem oft krassen Wechsel von leidenschaftlich-schwärmerischer Zuneigung und Verehrung zu kalter Ablehnung oder gar rücksichtsloser Feindseligkeit ist aus dieser Struktur ohne weiteres ableitbar und verständlich; und man braucht nicht mehr, wie Kretschmer mit seiner „hysterischen Kanaille“ oder Bleuler im Hinblick auf die ambivalente Affektspannung eine weder innere, konstitutionelle, noch auch äußere Verwandtschaft mit der Schizoidie in Erwägung ziehen, ist doch beispielsweise auch die Unausgeglichenheit und Überspanntheit der Pubeszenten und Adoleszenten eine jedermann bekannte Erscheinung.

Die hier vertretene Auffassung der Hysterie als einer — im Sinne Ewalds strukturellen Abnormalität infolge dissoziierter psychischer Reifung, ist nicht zu ver-

gleichen mit dem in der älteren psychiatrischen Literatur gebrauchten und aus den verschiedensten psychopathischen Eigenschaften und abnormen Reaktionsweisen konstruierten Begriff des „hysterischen Charakters“. Sie erhält bedeutsame Stützen in den Beobachtungen hysterischer Wesensveränderung mit Psychoidreaktionen bei organischen Erkrankungen oder Fehlanlagen des Gehirns. So sind bei hypophysär-diencephalen Krankheitsbildern von den verschiedensten Forschern neben Infantilismus hysterische Symptome beobachtet worden; es sei hier nur auf die Arbeiten von Jores, Marx und Curschmann verwiesen. Wenn Schöber auf Grund eigener Beobachtungen zu der Feststellung kommt, daß „infantil-primitive Biopsychismen akut besonders häufig bei dyskrin gestörten, meist jugendlichen Belastungsschwächlingen in Erscheinung treten“, so bestätigt dies ebenfalls die engen Beziehungen zwischen hysterischem Infantilismus und Psychoidreaktionen. An der Frankfurter Klinik hat Habel einen Fall von „echter Nanosomia infantilismus“ beschrieben, bei dem ebenfalls eine anlagemäßige Schwäche verschiedener Zwischenhirnzentren nachweisbar war, und der neben anderen psychischen Störungen ausgesprochene hysterische Wesensveränderungen mit Psychoidreaktionen bot. Auch ein von mir beobachteter Jugendlicher mit diencephaler Fehlanlage und vierwöchentlichen periodischen Umdämmerungen hatte während seiner Krankheitsphasen oft hysterische Krankheitszeichen und war infantilistisch. Nicht zuletzt können wir uns auf die Beobachtungen von Kleist berufen, der hysterische Störungen bei Läsion diencephaler Zentren fand. So rundet sich das Bild der Hysterie doch als einer wohlumschreibbaren psychophysischen Fehlkonstitution, der somatisch vielleicht eine Mangelentwicklung diencephaler Systeme im Bereich der vegetativ endokrinen Regulationszentren entsprechen mag.

Es wäre schließlich noch einiges zu der in der psychiatrischen Literatur schon fast zum geflügelten Wort gewordenen These von Gaupp und Hoche, daß jeder Mensch unter entsprechenden Erlebnisbedingungen hysteriefähig sei, zu sagen. Der Begriff der Psychoidreaktionen erlaubt dieser Formulierung gegenüber, wie oben ausgeführt, eine unverbindliche psychiatrische Diagnostik des gemeinten Tatbestandes, der gesunde Menschen davor schützt, mit dem in Laienkreisen und auch bei Ärzten ja doch noch immer leicht anrühigen und moralisch abwertenden Namen eines Hysterikers in Mißkredit gebracht zu werden. Es sei nochmals wiederholt: *Psychoidreaktionen können auch bei gesunden Menschen unter besonderen körperlichen oder seelischen Konstellationen vorkommen*, wenn sie auch von den Triebhaft-affektiv-Erregbaren und Hysterikern bevorzugt werden.

Über die Beziehungen der Hysterie zur motivierten Depression ist nach den früheren Ausführungen nicht mehr viel nachzutragen. Die egoistisch-geltungssüchtige Extroversion und die gesteigerte Affektivität lassen nachhaltigere depressive Stimmungsschwankungen mit gleichmäßiger Biotonuserschlaffung und längerdauerndem Ergriffensein der Persönlichkeit nicht so leicht aufkommen. Nach Ablauf der psychoiden Demonstrativreaktion bleibt denn auch bei der geschilderten Kranken keine Depression mehr zurück, es sei denn, daß unter der Leitung von Zwecktendenzen vereinzelte pseudodepressive Erscheinungen aufkommen. Es ist im Gegenteil in diesem Fall, wie auch bei den psychoiden Primitiv- und Kurzschlußreaktionen nach Ablauf des reflexartigen Reiz-Antwort-Mechanismus eine gewisse Erleichte-

rung, Entlastung und Entspannung festzustellen, die auch von den Kranken selbst oft direkt empfunden wird und sich in einer ausgeglichenen, fast unbekümmert-vergnügten Stimmung äußert.

Der ältere Begriff der „Hysteromelancholie“, der mit Recht etwas verpönt war, dann aber von Specht wieder aufgegriffen wurde, kann nicht mehr anerkannt werden. Es soll hier „aus einer unzweifelhaft hysterischen Konstitution im Anschluß an eine oder auch sonst bei Hysterie vorkommenden Gelegenheitsursachen sich eine geschlossene melancholische Psycho einstellen, mit durchweg hysterischer Prägung, und mit einem Verlauf und Ausgang, wie solcher wiederum nur in der Hysterie seine befriedigende Erklärung findet“. Hysterie und Melancholie sind aber symptomatologisch und psychopathologisch so grundverschieden voneinander, daß man sich eine „Melancholie mit hysterischer Prägung“ nicht vorstellen kann. Das einzig Gemeinsame besteht vielleicht darin, daß wir bei der Hysterie eine diencephale Fehlanlage annehmen und auch bei der Melancholie im Hinblick auf den Zusammenhang der Blutdrüsen und des Stoffwechsels mit den Temperamenten vielleicht vegetativ-endokrine Regulationsstörungen als Teilfaktoren in Betracht zu ziehen sind. Doch käme diese Auffassung dann wohl auf die Annahme zweier nebeneinander bestehender Krankheitsanlagen hinaus, was Specht ja gerade nicht mit diesem Begriff verstanden haben will. Indes, nach den neueren Erkenntnissen der Pathogenese der Hysterie glaube ich, ist die Diskussion dieser Frage gegenstandslos geworden, und man tut gut daran, die „Hysteromelancholie“ ebenso wie die „Hysteroepilepsie“ nur mehr als historische Größen zu behandeln.

Desgleichen sollte man auch die „Unfallhysterie“, „Rentenhysterie“ und „Kriegshysterie“ endgültig aus dem psychiatrischen Sprachschatz streichen. Die *Hysterie* ist eine *abnorme somatopsychische Konstitution*, die — ähnlich anderen Psychopathien — vor allem durch ihre Neigung zu psychogenen und psychoiden Reaktionen auffällt. Andererseits liegt aber eben keineswegs allen solchen Reaktionsformen — wie sie etwa besonders nach Unfällen, im Kriege und bei sonstigen außergewöhnlichen Lebensumständen zu beobachten sind — eine hysterische Veranlagung als dauernde Wesensanomalie, wie sie oben vorläufig skizziert wurde, zugrunde (Genauerer folgt später).

II. Teil: Die klinisch-diagnostischen und psychopathologischen Ergebnisse

1. Wesen und nosologische Ordnung der Krankheitsformen und deren Beziehungen zur prämorbidem Persönlichkeit.

Wenn wir bei der Bearbeitung des vorliegenden Materials zur Aufstellung zweier großer Gruppen von Krankheitsformen gelangten, die auf Grund ihrer klinisch-symptomatologischen Eigenart und der psychopathologischen Entstehungsweise trotz mancher Übergangsformen doch als wohl umschriebene und voneinander abgrenzbare größere Formenkreise nicht endogener seelischer Störungen zu betrachten sind, so ergaben sich hieraus zwanglos auch zugleich zwei Formenkreise von Veranlagung, oder besser, von prämorbidem Persönlichkeitsstrukturen. Schon kurz, nachdem Magnan den Begriff der „Entartung im engeren Sinne“ und Koch den der „psychopathischen Minderwertigkeit“ geschaffen hatten, hat Dieckhoff an einem größeren Krankenmaterial, das ihm von Kahlbaum zur Verfügung gestellt wurde, Untersuchungen über „die Psychosen bei psychopathisch Minderwertigen“ angestellt. Wenn auch damals die Formenkreise der endogenen Psychosen noch nicht so scharf umrissen waren und auch der Psychopathiebegriff von den neueren Auffassungen erheblich abweicht, gelangte Dieckhoff doch zu einigen allgemeinen, auch heute noch gültigen Erkenntnissen und konnte schon damals feststellen, daß einige Psychosen ganz oder zu einem wichtigen Teile auf der Weiterentwicklung psychopathischer Minderwertigkeiten beruhten. Die Arbeiten von Reiß und Lange, die sich mit den speziellen Beziehungen zwischen reaktiver Depression und psychischer Konstitution beschäftigen, wurden bereits genannt.

Nun darf man freilich nicht in den Fehler einer Überbewertung der individuellen Wesensart für die Psychoseentwicklung und -gestaltung verfallen. Der Hauptvertreter einer solchen extremen und überspitzten Individualpsychologie war Tilling, der seinen Standpunkt so formulierte: „Die Geistestörungen darf man heutzutage wohl definieren als ungewöhnliche Modifikationen des normalen Geisteslebens. Konsequenterweise müßte dann aber die klinische Psychiatrie in engem Anschluß an die Psychologie behandelt werden, sie müßte eigentlich nur ein Anhang der Psychologie sein“. Hiergegen hat

Neißler eine heftige wissenschaftliche Diskussion entwickelt und die Bedeutung individualpsychologischer Analysen für die Psychosen auf das richtige Maß zurückgeführt. Nur für die krankhaften Persönlichkeiten, „das Entartungsirresein im engeren Sinne“, und die Grenzzustände sei die Bedeutung der individuellen Eigenart zugegeben, während der Versuch, die Symptome der endogenen Psychosen — er führt vor allem die Sinnestäuschungen an — aus der Persönlichkeit des Befallenen heraus zu erklären, von vornherein aussichtslos sei.

Trotzdem ist es nicht nur möglich, sondern sogar von außerordentlicher Bedeutung für das Verständnis von psychischen Krankheits-symptomen, den Beziehungen zum normalen Seelenleben nachzugehen, wie es Wernicke von hirnpathologischer Seite aus unternommen hat. Kleist hat diese Forschungen weiterbetrieben und ist auf diese Weise zur Aufstellung der heteronomen, intermediären und homonomen Symptomenkomplexe gekommen. Damit sollen indes die Psychosen in ihrer jeweiligen Gestaltung nicht durch die individuelle Eigenart des Befallenen erklärt, oder daraus abgeleitet werden, sondern das Bestreben geht dahin, möglichst einfache, ursprüngliche und scharf begrenzte Krankheitszeichen herauszuschälen, um so womöglich „normal-psychologische funktionelle Radikale“ in ihrer krankhaften Veränderung zu erfassen. Daß Kleist z. B. bei den Schizophrenien Untergruppen von paarweiser Gegensätzlichkeit — z. B. akinetische-parakinetische Katatonie — fand, spricht ihm dafür, daß auf diese Weise doch offenbar antagonistische Funktionssysteme, Einrichtungen des normalen Seelenlebens erfaßt seien. Die allgemeinen Beziehungen zwischen Anlage und Psychose sollten in ihrer Problematik indes hier nur angedeutet werden.

Aus den hier mitgeteilten Beobachtungen ergibt sich also eine Reihe von *Krankheitsformen*, der eine zweite Reihe von *prämorbid*en *Persönlichkeitsstrukturen* an die Seite gestellt werden kann. Die Glieder beider Reihen sind durch mannigfache Leit- und Verbindungsfäden miteinander verknüpft. Die Art dieser Verbindung ist nun aber in der Gruppe A eine andere wie in der Gruppe B und wäre in der Birnbau'schen Terminologie so zu formulieren: bei den *motivierten Depressionen* der Gruppe A enthält die prämorbide Persönlichkeitsverfassung nicht nur die wesentlichen Bedingungen für die Krankheitsverursachung und die spezifische Determinierung des Grundcharakters der Psychose, also die *Pathogenetik*, sondern übt zugleich auch maßgebliche Einflüsse auf die Krankheitsausgestaltung und die äußere Sonderform der Psychose aus, bestimmt somit also auch die *Pathoplastik*. Bei den *psychogenen und psychoiden Reaktionen* der Gruppe B ist mit der prämorbiden somatopsychischen Verfassung lediglich eine *Prädisposition* gegeben, d. h. eine pathogenetische (Entstehungs-) Bereitschaft, die Pathogenetik selbst und die Pathoplastik liegt dagegen in der Eigenart dieser Reaktionen selbst begründet. Sie

entstehen aus phylo- und ontogenetisch alten Einrichtungen des Organismus, stellen eine für den Menschen, aber eben für alle Menschen, spezifische Funktionsweise dar und schlagen als „primitive Biopsychismen“ (Schober) oder psychoide Reaktionen die Brücke zu tierischen Instinkten und Triebreaktionen. Es ist zweckmäßig, diese reinliche Scheidung von motiviert und psychogen-psychoid zur Grundlage der klinischen Diagnostik zu machen.

a) Die sog. Erlebnis- oder Persönlichkeitsreaktionen:
Motivierte Psychosen — psychoide Reaktionen.

Jaspers spricht hier von „abnormen seelischen Reaktionen“ als solchen, deren Inhalt in verständlichem Zusammenhang mit dem Erlebnis steht, die nicht aufgetreten wären, ohne das Erlebnis und die in ihrem Verlauf von dem Erlebnis und seinen Zusammenhängen abhängig sind, dann, wenn sie nach ihrer Intensität, ihrer Dauer oder auch qualitativ von der durchschnittlichen Breite abweichen. Diese Abweichung vom Durchschnitt bleibt jedoch in dieser Definition unerklärt und muß eben sicherlich auf die besondere prämorbidie Persönlichkeitsanlage zurückgeführt werden (s. auch im Schlußkapitel).

Wenn man schon diese handliche und allenthalben gebräuchlich gewordene Bezeichnung „Erlebnisreaktion“ beibehalten will, sollte man sich stets gegenwärtig halten, daß es sich nur bei einem Teil der sog. Störungen, nämlich den psychogenen und psychoiden Mechanismen um Reaktionen im Sinne des Wortes handelt. Hier könnte man noch am ehesten von einem „Reiz“ sprechen, jedenfalls aber von äußeren Einwirkungen, auf die ähnlich dem Mechanismus der Reflexe reagiert wird. Dies gilt aber streng genommen ausschließlich für Katastrophensituationen, Erdbeben, Schreck, Existenzbedrohung und andere außergewöhnliche Wirkungen auf den gesamten Organismus, zu denen auch somatische Veränderungen — Hirntrauma, Gravidität usw., körperliche Anstrengung und Erschöpfung, toxisch infektiöse Schädigungen, Alkoholismus usw. — zu rechnen sind. Ein *Erlebnis* aber, als etwas von außen Einwirkendes gedacht, gibt es nicht in dem Sinne eines Reizes, auf den reagiert werden könnte. Den meisten Theorien vom Aufbau des Charakters und speziell der Reaktivität liegt die Fiktion eines „Erlebnisreizes“ im Sinne der kausalnaturwissenschaftlichen Betrachtungsweise zugrunde. Kretschmer hat für „den Durchgang des Erlebnisses durch die Seele“ bekanntlich das Schema: Eindrucksfähigkeit — Retentionsfähigkeit — intrapsychische Aktivität — Leitfähigkeit gefunden, das dann von Ewald mit anderem theoretischen Ansatz ergänzt und modifiziert wurde. In der Psychoanalyse und Neurosenlehre spricht man viel vom „psychischen Trauma“, und Speer definiert die Neurose als Folge mangelhafter oder gestörter Erlebnis-

verarbeitung. Hier kann leicht die Vorstellung aufkommen, als sei das Erlebnis zunächst außerhalb der Persönlichkeit allein und für sich da, und als komme es nun darauf an, ob das Individuum entweder überhaupt keine Notiz davon nehme, weil es vielleicht keine Resonanz besitze oder ob es sich dieses undefinierbare Außending mehr oder weniger gierig einverleibe, bei sich behalte und schließlich oder auch niemals wieder von sich gebe. Was ist aber, so kann man sich fragen, tatsächlich „draußen“? Doch wohl höchstens ein *Ereignis*, ein Geschehnis, wie E. Straus sagt; dieses aber kann seinem Wesen nach nie zum „psychischen Trauma“ werden. Die Traumatisierung geschieht — wenn man einmal so sagen soll — nicht von außen, sondern beruht auf dem *Erlebnismodus*, darauf also, wie das Individuum erlebt. Nicht die Erlebnisverarbeitung ist gestört, sondern die Erlebnisweise ist von besonderer Art oder abnorm. Das Erlebnis ist zu sehr vom Subjekt her bestimmt, als daß es kausal im Sinne einer psychisch-traumatogenen Ursache gedacht werden könnte. So kann der unerwartete Tod des Vaters den leichtsinnigen Sohn zur Selbsteinkehr bewegen und sich positiv fördernd auf seine Charakterentwicklung auswirken, in einem anderen Falle kann aber ein unselbständig, anlehnungsbedürftiger Sohn durch den Verlust der überstarken Bindung an den Verstorbenen völlig aus der Bahn geworfen werden und sein Lebensziel verfehlen. Das Beispiel soll zeigen, daß den *Ereignissen selbst kein spezifischer psychisch-traumatogener Wirkungscharakter* zukommt, sondern allein die *Weise, wie erlebt* wird, ausschlaggebend ist.

Wenn der Neurotiker in der psychoanalytischen Behandlung von dem obligaten „psychischen Trauma“ seiner Kindheit erfährt, so wirkt diese Kenntnis — wenn überhaupt — allenfalls nur deshalb heilend oder bessernd, weil er in einem solchen Erlebnis sich selber erkennt oder — sicher nicht selten —, weil er unter der Suggestion des Arztes einer rationalen Fehldeutung anheimfällt, keinesfalls aber, weil hier wirklich eine Ursache aufgedeckt wäre. Wer hätte nicht ein solches „psychisches Trauma“ aufzuweisen! Vor allem aber ist ja diese Theorie vom „psychischen Trauma“ durch die bereits oben in anderem Zusammenhang angeführten psychiatrischen Kriegsbeobachtungen mit dem Gewicht einer an Eindeutigkeit und Überzeugungskraft schwerlich zu überbietenden Massenerfahrung endgültig ad absurdum geführt.

Es handelt sich also eigentlich gar nicht um Erlebnisreaktionen, ja nicht einmal um Ereignisreaktionen, wenn man einmal so sagen soll, ein Ereignis wird niemals Erlebnis, wenn sich nicht einer erlebend seiner annimmt, und es gibt ja doch zweifellos nur eine sehr beschränkte Anzahl von Ereignissen, für die der Mensch seiner Natur nach überhaupt erlebensfähig ist. Es gibt für den Menschen nun einmal *keine psychischen Reize*, wie etwa die „Signale“ oder „Auslöser“ tierischer Instinktbewegungen.

Der Mensch ist also nicht in eine Umwelt hineingestellt, auf deren Reize er zu reagieren hätte, im Erleben schafft er sich erst eigentätig *seine* Welt. Die Welt ruft ihn nicht an, er hört letztlich nur sein eigenes Echo. v. Weizsäcker hat gezeigt, daß schon im Bereich der einfachen Sinnesleistungen keineswegs ein reines Kausalverhältnis zwischen Reiz und Empfindung mit quantitativer Entsprechung vorliegt, noch viel weniger aber kann es dann doch wohl in der Sphäre psychischen Erlebens Ursache und Wirkungen, Reize und Reaktionen geben. v. Uexküll hat seiner „theoretischen Biologie“ den Satz vorausgestellt: „Die einzige Autorität, auf die sich ein Lehrsatz stützt, ist nicht die Natur, sondern der Forscher, der seine eigene Frage selbst beantwortet hat.“ Das Motiv in unserem Sinne ist nicht Reiz, nicht Ursache. Urheber, sondern Frage und Antwort zugleich, in ihm konzentriert sich das spezifische Subjekt-Weltverhältnis zur *repräsentativen psychischen Gestalt*. Das Schema einer „psychologischen Funktionsdynamik“ von Kretschmer und die Charakterformeln von Ewald sind ebenso wie die Vorstellung eines psychischen Traumas fiktive Hilfsmittel und haben sich als solche praktisch gut bewährt. Solche theoretischen Hilfskonstruktionen, wie etwa auch das Wernicke-Lichtheimsche Reflexbogenschema der alten Aphasielehre, sind nun einmal unentbehrlich und auch ungefährlich, so lange man nicht vergißt, daß sie nur Formeln eines „als ob“ sind.

Der motivierten Depression sind also alle diejenigen Zustandsbilder und Psychosen an die Seite zu stellen, bei denen gleichfalls ein *Erlebnis*, ein Erlebniskomplex, im Mittelpunkt steht derart, daß es so aussieht, als sei es wirklich die Ursache, während es sich aber bei psychopathologischer Analyse als *repräsentative Gestalt des individuellen Erlebnismodus*, eben als *Motiv* erweist. Es müssen also *eindeutige Beziehungen der Krankheitsbilder zur prämorbidten Persönlichkeitsveranlagung* im Sinne eines verstehbaren Zusammenhanges feststellbar sein. Hierher gehören also z. B. die sthenischen und asthenischen Persönlichkeitsreaktionen von Kretschmer, der sensitive Beziehungswahn, die paranoischen Reaktionen, hypochondrische Bilder, der Querulantenwahn. Das Gewicht liegt also bei diesen Fällen ganz und gar auf dem Charakterlichen.

Etwas ganz anderes ist demgegenüber, wie oben bereits ausführlich dargestellt, der Mechanismus der *psychoiden Reaktionen*, bei denen außergewöhnliche äußere Einwirkungen oder heftige affektive Erregungen ein persönlichkeitsunspezifisches, ubiquitär in entwicklungsgeschichtlich alten Funktionssystemen bereitliegendes somatisch-biologisches, reflex- und instinkthähnliches Geschehen mobilisieren. Die psychische Anlage spielt dabei hinsichtlich Form und Ablauf der Reaktion so gut wie gar keine Rolle (daher ja auch psychoid), kann nur insofern von Bedeutung sein, als sie in bestimmten Fällen eine Praedisposition oder pathogenetische Entstehungsbereitschaft für solche

primitiven Reaktionsmechanismen liefern kann, so z. B. bei den primitiven Persönlichkeiten, den explosiblen Charakteropathen, also den triebhaft-affektiv Erregbaren und auch Labilen. (Diese Labilität kann, wie bereits erwähnt, auch auf einer im Körperlichen begründeten Widerstandsschwäche beruhen und erworben, eventuell auch nur vorübergehender Natur sein. Hier ist vor allem auch an die biologischen Reifungskrisen der Pubertät und endokrin somatische Involution zu denken.) Zu den psychoiden Reaktionen gehören vor allem die „vasomotorisch-neurotischen Reaktionen nach Schreckemotion“ (Bonhoeffer), nicht durch krankhafte Organprozesse verursachte motorische und sensible Halbseitenlähmung, Hemianopsien, Aphonie, Astasie, Abasie, Stupor- und Zittererscheinungen, katatoniforme Bilder und nicht zuletzt Anfälle im Sinne der affektepileptischen von Bratz, vasomotorisch-vegetativen Krisen und in verschiedensten anderen Formen. (Die Kausalgie hat übrigens m. E. auch Beziehungen zu diesen Mechanismen.) Bonhoeffer meinte hinsichtlich der Schreckwirkung, daß „auf rein psychischem Wege Gehirnalterationen hervorgerufen“ werden könnten, an deren organischer Natur nicht zu zweifeln sei. Wir stehen hier gleichsam am Tore der Psyche, an der — fiktiven — Grenze von Somatischem und Psychischem: Das Geschehen erschöpft sich nicht allein in rein körperlichen Vorgängen ist *psychisch provoziert*, es entfernt sich jedoch, einmal in Gang gebracht, mehr eigenen biologischen Gesetzen folgend als psychischen Beeinflussungsversuchen gehorchend, mehr und mehr vom Seelischen und verliert schließlich in ganz *ichfern*en *überwiegend somatischen Abläufen* fast ganz den psychisch expressiven Charakter.

Die Differentialdiagnose der motivierten Psychosen gegenüber diesen psychoiden Reaktionen dürfte also klinisch-psychopathologisch doch eindeutig genug sein, als daß es zu rechtfertigen wäre, so grundverschiedene Krankheitsformen in gemeinsamen Bezeichnungen, wie etwa den „pathologischen Reaktionen“, „abnormen Erlebnisreaktionen“, „psychogenen Reaktionen“ oder „psychopathischen Zuständen und Einstellungen“ ungeschieden nebeneinanderzustellen.

b) Die psychogenen Reaktionen.

Die psychogenen Reaktionen stehen nun hinsichtlich der Ichbeteiligung und individualspezifischen Färbung zwischen den beiden genannten extremen Bildern und schaffen zahllose Übergangsformen. Auch hier sind gewisse *über- oder besser außercharakterliche Mechanismen* von Bedeutung. Doch handelt es sich dabei nicht, wie bei den psychoiden Reaktionen, um vorwiegend somatisch biologische, reflex-ähnliche „Biopsychismen“, sondern um *mehr in das Psychische erlobene* relativ ich-nähere, andererseits aber doch auch noch nicht charakterogene oder individualspezifische, wohl *weitgehend außer- oder unterbewußte Seelenvorgänge*.

Birnbaum spricht von psychogenen Praedilektionstypen und nennt darunter u. a.: Die pathologischen Ausprägungen der unmittelbaren affektiven Reaktionen, die psychogenen Persistierungs- und Fixationsphänomene, Emotionsanfälle, Zwangsphänomene, psychogene Bindungsphänomene, psychogene Sejunktions-, Dissoziations- und Abspaltungsvorgänge, Amnesierungsphänomene, Realisierungsmechanismen, Modifikationen und Verfälschungen von Bewußtseinsinhalten, Selbsttäuschungsphänomene, Induktions- und Infektionsphänomene, Hemmungs- und Sperrungsphänomene, funktionelle psychische Koordinationsstörungen.

Oben wurde bereits ausgeführt, wie die *laue Haltung des Ichs*, das in keiner Richtung entschieden eingreifen will, als besonders charakteristisch für die psychogene Reaktion anzusehen ist. Man ist nicht ganz dabei, man möchte aber auch nicht ganz verzichten. Solche psychogenen Reaktionen, wie wir sie in den zahlreichen und bunten Bildern hypobulischer, hyponoischer und auch katathymer Einstellungen — sofern diese nicht zu den primitiveren psychoiden Reaktionen führen — bei unseren Kranken sehen, sind nur *graduelle quantitative Vergrößerungen normalpsychologischer Mechanismen*.

Man kann sich die Psychopathologie der psychogenen Reaktionen ganz gut aus eigenem Erleben von den Zuständen nicht allzu schwerer Alkoholisierung her verständlich machen. Auch hier kann es vorkommen, daß man sozusagen sich selber zuschaut, daß einem Äußerungen oder Handlungen entgleiten, die man — wie man dunkel „weiß“ — besser nicht tun sollte, auf die man aber doch auch nicht ganz verzichten möchte und die man nicht unterdrücken kann, besonders wenn ihre Impulse aus unterbewußten, „sphärischen“, von der „Zensur“, d. h. von den hemmenden kritischen Instanzen des normalen und wachen Ichs nicht zugelassenen Tendenzen stammen. *Überall dort also, wo wir aus der Reaktion nicht den individuellen Charakter ablesen können, wo also kein motivisches Geschehen in unserem Sinne vorliegt, wo vielmehr charakterlich unspezifische psychische Mechanismen* (vgl. oben B i r n b a u m) *wirksam sind und das Ich nur halb, aber jedenfalls doch noch überhaupt beteiligt ist, sprechen wir von psychogenen Reaktionen*. Oft, aber nicht immer, steht, halb zugestanden, ein Wunsch oder Zweck im Hintergrund, oft ohne Richtung nach außen, mehr innerseelisch im Sinne halb bewußter Selbsttäuschung oder Beschwichtigung warnender und mahnender Stimmen der Gewissensinstanzen. So können auch die psychogenen Reaktionen, wenn auch aus anderen Gründen, wie sie bei den motivierten Psychosen dargelegt wurden, nicht als Erlebnisreaktionen angesehen werden.

Wir finden also eine *kontinuierliche Reihe von den hochdifferenzierten, individualspezifischen, charakterogenen motivierten Psychosen* (depressiver, paranoischer, querulatorischer, sthenischer, asthenischer, sensitiver oder hypochondrischer Tönung), *über die nur noch in lockerem Zusammenhang mit der Persönlichkeit stehenden mehr von unspezifischen psychischen Mechanismen getragenen psychogenen Re-*

aktionen bis zu den primitiven „Biopsychismen“, den vorwiegend somatisch-biologisch fundierten, Reflex- und Instinktvorgängen nahestehenden psychoiden Reaktionen.

Villinger hat in seiner bekannten Arbeit: „Gibt es psychogene, nicht hysterische Psychosen auf normalpsychischer Grundlage?“ einen Fall geschildert, an dem sich die praktische Anwendbarkeit unserer Auffassung gut demonstrieren läßt:

Eine reiche, herbe und stolze Bauerntochter wird von einem Kriegsgefangenen geschwängert, ermordet das Kind und wird verhaftet. In wenigen Tagen reagiert sie diese für ihre kräftige, selbstbewußte Natur unerträgliche Situation in einem Gebetskampf ab, in dem sie rang, bis ihr der Schweiß in Strömen herunterrollte und sie endlich in nächtlichen Halluzinationen den Himmel für sich offen sah; nachdem war sie gesund, heiter und fest (Zitat von Kretschmer: Medizinische Psychologie). Villinger schildert die Patientin als eine „psychisch gesunde, hochwertige Persönlichkeit, die auf einem durchschimmernden schizoiden Unterbau einen ausgeprägt sthenischen Charakter mit Zentrierung um einen besonders starken sozialen Geltungsdrang trägt“ und formuliert seine Schlußfolgerungen aus dieser Beobachtung folgendermaßen: „1. Auch auf normalpsychischem Boden können psychogene Störungen, die nicht den Charakter einer hysterischen Reaktion oder einer Schreckneurose zu tragen brauchen, entstehen. 2. Vorbedingung ist einerseits das Vorhandensein eines psychischen Angriffspunktes, wie er wohl in jeder empirischen Normalpsyche zu finden sein wird und vielleicht jeweils mit dem affektiv-beherrschenden Charakterzug identisch ist, andererseits ein adäquates Trauma von der nötigen Stärke.“

Obwohl wir es also hier mit einer differenzierten und in ihren wesentlichen Zügen relativ gut faßbaren Charakterstruktur zu tun haben und demnach vielleicht eher eine motivierte Psychose zu erwarten wäre, handelt es sich doch zweifellos um eine psychogene Reaktion. Die Psychose ist *keineswegs in allen Teilen auf die Persönlichkeitsstruktur im Sinne motivischer Verdichtung des individuellen Erlebensmodus rückführbar*, sondern sie wird von Mechanismen beherrscht, die für den sthenischen Charakter der Patientin keineswegs spezifisch, sondern allgemein menschlich sind. Villinger hat selbst sehr treffend bemerkt, man könnte den psychischen Mechanismus etwa als autosuggestiven Realisationsvorgang oder als halluzinatorische Wundreproduktion bezeichnen, meint aber, daß damit nicht viel gesagt sei. M. E. ist dies aber gerade entscheidend. Dieser *Umweg*, diese *Umschaltung auf unspezifische psychische Mechanismen*, eben *psychogene Prädilektionstypen*, kennzeichnen den geschilderten Fall als psychogene Reaktion. Bei sthenischen Reaktionen — nach unserer Terminologie motivierten Störungen oder Psychosen sthenischer Tönung — zum Beispiel bei paranoisch querulatorischen Reaktionen oder auch bei dem asthenischen Eifersuchs- und Verfolgungswahn, wie beim sensitiven Beziehungswahn finden wir kaum solche psychogenen Mechanismen. Hier geht die Psychose unmittelbar aus der individuellen Charakterstruktur hervor, stellt eine motivische Verdichtung eines spezifischen Erlebensmodus ins Krankhafte dar und enthält

nichts, was nicht aus der prämorbidem Persönlichkeit ableitbar und verstehbar wäre. Im Falle Villingers aber erfolgt ein *Bruch*, eine Umschaltung. Man kann einwenden, daß diese psychogenen Mechanismen ja aber nur deshalb eingesprungen seien, weil es sich eben um eine ganz bestimmte, nämlich sthenische Erlebniskrise gehandelt habe. Das ändert aber nichts daran, daß das schließlich resultierende Krankheitsbild mit dem sthenischen Charakter doch wohl kaum mehr etwas zu tun hat, und gerade dieses Beispiel zeigt sehr schön, wie *psychogene Reaktionen als solche ganz unspezifisch und nicht pathognomonisch für bestimmte prämorbid seelische Anlagen* noch Gruppen solcher sind.

Kretschmer hat darauf hingewiesen, daß solche Reaktionen bei kräftigen Naturen — die er als „akute sthenische Krisen“ bezeichnet — sehr selten sind, weil diese „nur unter extremen äußeren Erlebniseinwirkungen zu solchen Ausnahmezuständen gebracht werden“. Je extremer, je ungewöhnlicher und einschneidender die äußeren Ereignisse oder Einwirkungen sind, desto mehr sind sie also geeignet, psychogene Reaktionen hervorzurufen. Dies gilt auch für die Fälle, die von Allers als „psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung“ und von K. Schneider und Knigge unter der Bezeichnung „primitiver Beziehungswahn“ beschrieben wurden. Oft, aber eben längst nicht regelmäßig, handelt es sich bei den Trägern dieser psychogenen Reaktionen in außergewöhnlichen Lebenssituationen, um Menschen von wenig strukturierter, primitiver Wesensart, die ohnehin schon mehr als die differenzierten, zum Psychogenen neigen und außergewöhnlichen Belastungen natürlich leichter unterliegen.

All diese Fälle, besonders die Beobachtungen von Villinger, sprechen also gegen die Auffassung von Bonhoeffer, dem grundsätzlich „die psychogene Auslösbarkeit eines psychopathologischen Zustandes“ ein „Kriterium der degenerativen Anlage“ ist, lassen sich aber mit der hier dargestellten Auffassung gut in Einklang bringen. Bei dem vasomotorisch-neurotischen Komplex nach „Schreckemotion“, der nach seiner Meinung als einziger psychogener Symptomenkomplex keiner psychopathischen Anlage bedarf, handelt es sich nach unserer Terminologie um eine psychoide Reaktionsform.

Bei Bonhoeffer wird aber, wie auch bei fast allen anderen Autoren die „reaktive Depression“ — also unsere motivierte Depression — ohne Grenzziehung mit dem Ganserschen Dämmerzustand, den „hysterischen Stuporzuständen“ (Racke), halluzinatorisch deliranten und katatonen Bildern, paranoisch-halluzinatorischen Psychosen, den „einfach paranoiden Erkrankungen der Degenerierten“, den Haftpsychosen, dem planlosen Fortlaufen und den Affekt- und Impulsreaktionen der „instabilen degenerierten“ sowie auch mit den affekt-epileptischen Anfällen von Bratz zu den psychogenen Krankheitsbildern gerechnet. Die Wesensverschiedenheit der hier in Betracht kommenden Psychosen und Reaktionen ist jedoch trotz fließender

Übergänge so erheblich, daß eine Revision der Terminologie unerläßlich scheint. Wenn auch einer sichtenden klinisch-psychopathologischen Untersuchung auf diesem Randgebiet der Psychiatrie die Grenzen oft zu verschwimmen drohen, so lassen sich doch, wie wir sahen, grundsätzliche Typen mit ausreichender Deutlichkeit herausstellen.

c) Das Problem der Hysterie.

Bei der Erörterung terminologischer Fragen wurde bereits gezeigt, daß die hier behandelten Krankheitsformen vielfach auch zu den hysterischen Erscheinungen gerechnet werden. K r a e p e l i n sah den Unterschied der hysterischen Phänomene gegenüber allen anderen psychogenen Erkrankungen „in den ungewöhnlichen Formen, wie die psychischen Reize durch die krankhafte Reaktionsweise umgesetzt werden“. Das Wesen der Hysterischen müßte demnach sowohl von der Seite der Reaktionen wie von der Persönlichkeitsanlage her bestimmt werden. Nach eingehender Diskussion dieser Probleme, die in der älteren psychiatrischen Literatur einen recht breiten Raum einnimmt, ist man schließlich zu der Feststellung gelangt, daß sich eine hysterische Veranlagung nicht eindeutig bestimmen lasse. Fast jeder abartige Charakterzug, jede dem Arzte oder der Mitwelt überhaupt unangenehm erscheinende Eigenschaft wurde gelegentlich als hysterisch angesehen. Den einzigen bekannteren Versuch, einen allen hysterischen Erscheinungen und Verhaltensweisen gemeinsamen Grundzug und psychopathologischen Hintergrund herauszuheben, hat J a s p e r s unternommen. Das Geltungsbedürfnis, die Tendenz, „mehr zu scheinen, als man ist“, soll danach die eigentliche Wurzel aller hysterischen Äußerungen sein. Aber es gibt ja auch geltungsbedürftige Psychopathen, die nicht immer auch hysterisch zu sein oder zu reagieren brauchen, und auch K. S c h n e i d e r meint, es sei nicht zweckmäßig, bei den geltungssüchtigen Typen von hysterisch zu reden. So hat man denn schließlich, besonders dem Vorschlag von W i l m a n n s und G a u p p folgend, den Begriff des hysterischen Charakters ganz fallen lassen und sich dahin geeinigt, lediglich von hysterischen Reaktionen zu sprechen. Das Besondere gegenüber den übrigen psychogenen Reaktionen sieht man in dem Tendenzios-Un-echten, den hysterischen Symptomen liege „Flucht in die Krankheit“. „Krankheitszweck“ oder, wie K o h n s t a m m gesagt hat, ein „Defekt des Gesundheitsgewissens“ zugrunde. B o n h o e f f e r hat vom „Willen zur Krankheit“ gesprochen und das Wesentliche all dieser Auffassungen ist mit der auch heute noch weitgehend anerkannten Formulierung getroffen: „Das Durchscheinen einer bestimmten Willensrichtung in der Krankheitsdarstellung ist das, was uns speziell als hysterisch imponiert“. K r e t s c h m e r faßt die Auffassungen über das Wesen der hysterischen Reaktionen in folgender Definition

zusammen: Hysterisch nennen wir vorwiegend solche psychogenen Reaktionsformen, wo eine Verstellungstendenz sich instinktiv, reflexmäßig oder sonstwie biologisch vorgebildeter Mechanismen bedient“.

Da es sich aber nun bei diesen vorgebildeten Mechanismen, die mit den bisher in ihrer psychopathologischen Struktur beschriebenen psychogenen und vor allem psychoiden Reaktionen identisch sind, um persönlichkeitsunspezifische Reaktionsformen handelt, wäre in dieser Definition also das Hauptgewicht auf die „Verstellungstendenz“ oder nach *Bonhoeffer* die durchscheinende Willensrichtung zu legen. Ganz abgesehen davon, daß die Feststellung eines Willens zur Krankheit, wie *K. Schneider* sehr treffend gesagt hat, nicht Sache der schlichten Diagnostik, sondern allermeist der menschlichen Bewertung des Vertrauens oder Mißtrauens zu der betreffenden Persönlichkeit ist, sind *Verstellungstendenzen*, also zweckhaft darstellerische Neigungen, wie wir sahen, den *meisten psychogenen Reaktionen eigen* und müssen selbst an und für sich ihrem Mechanismus nach als psychogene Vorgänge angesehen werden. Eine qualitative Abgrenzung der hysterischen Erscheinungen gegenüber den psychogenen und psychoiden Reaktionen ist jedenfalls aus dieser Definition nicht abzuleiten, und man kann *K. Schneider* nur zustimmen, wenn er bei dieser Sachlage die Bezeichnung Hysterie gerne überhaupt entbehren möchte. Die Begriffsbestimmung enthält nichts, was nicht schon in den psychogenen oder psychoiden Reaktionen aufginge, und so ist ja auch immer wieder zu sehen, wie in der Praxis die Bezeichnungen psychogen-hysterisch wahlweise synonymistisch ohne jede scharfe Abgrenzung verwendet werden und von manchen höchstens ein quantitativer Unterschied zwischen „harmlosen psychogenen Reaktionen“ und „massiven hysterischen Stigmen“ gemacht wird. Daher d. h. also, weil eigentlich immer nur von psychogenen und psychoiden Reaktionen die Rede ist, die ja, wie auch hier dargestellt wurde, tatsächlich unspezifisch sind, auch bei gesunden Menschen unter außergewöhnlichen Bedingungen vorkommen können und von gewissen psychophysischen Fehlkonstitutionen lediglich bevorzugt werden, kam es denn zu der bereits angeführten These, jeder Mensch sei „hysteriefähig“.

Hier zeigt sich aber deutlich die *Schwäche dieser Auffassung des Hysterischen als etwas nur Reaktives, nicht Charakterlich-Strukturell-Konstitutionelles*. Wenn der gewöhnliche Bürger als Soldat sich systematisch an der Tötung anderer Menschen beteiligt, so wird ihn deshalb niemand als Mörder ansehen. Sicher, planmäßige Tötung ist auch die Tat des Mörders, aber der Hintergrund ist eben ein unvergleichlich anderer. Der tötende Soldat ist hinsichtlich der Psychologie seines Handelns ja doch nicht einmal einem verbrecherischen Menschen, der sich lediglich mit der Absicht planmäßiger Tötung trüge, an die Seite zu stellen. Was dort gezwungen, gleichsam anonym, weitgehend ohne

persönliche Verantwortlichkeit geschieht, ist hier ganz persönliche Handlung, spezifische Tat eines bestimmten, eben kriminellen Individuums. Das äußere Muß des tötenden Soldaten übertönt dessen persönliche Hemmungen und zwingt ihn ohne Ansehen von Person und Charakter zu kollektivem Handeln und Reagieren, der Mörder aber tötet, weil er selbst es muß und kann, weil er eben ein ganz besonderer Mensch ist. Dort vollzieht sich das Handeln sozusagen gegen die einzelne Persönlichkeit, die vom Befehl zum persönlichkeitsamorphen Tun gezwungen ist, hier ist die Tat persönlichste Handlung, in der sich gerade das Individuum in seiner Einmaligkeit und Eigenartigkeit aus dem Kollektiv heraushebt.

Oftmals vermag eine solche bildlich analogisierende Betrachtung einen Sachverhalt überzeugender werden zu lassen, als es durch langatmige theoretische Erörterungen möglich wäre. Die Schwierigkeit der Übertragung dieser Überlegungen auf das Hysterieproblem liegt vor allem darin, daß es sich hier um ein Geschehen handelt, das nicht für sich da ist, nach eigenen Gesetzen entsteht und verläuft, wie etwa ein epileptischer Anfall, sondern sich in der Auseinandersetzung des Individuums mit der Umwelt vollzieht, wodurch immer wieder die Illusion entsteht, es handle sich um nur Reaktives. Aber wenn man schon ein Hysterisch-sein-können — „Hysteriefähigkeit“ — annehmen will, wird man doch wohl auch erwägen müssen, ob es nicht auch ein Hysterisch-sein gebe. Handelt es sich bei den *hysteriformen psychogenen und psychoiden Reaktionsformen um Liberationsphänomene*, um ein Auftauchen atavistischer „Biopsychismen“ *unter außergewöhnlichen äußeren Einwirkungen*, so ist die *Verselbständigung solcher Mechanismen bei der Hysterie* und ihr gehäuftes Auftreten ohne für Gesunde adaequate Einwirkungen oder Anlässe doch nicht anders, als aus *innerer Veranlagung*, aus *Besonderheiten der psychophysischen Struktur* zu erklären. Und zwar legt diese Tatsache, daß Verhaltensweisen und psychophysische Reaktionsabläufe, die beim Gesunden nur unter außergewöhnlicher Belastung als *altes biologisches Rüstzeug der Selbstbehauptung* hervorgeholt werden, bei anderen Menschen besonders häufig und ohne derart ungewöhnliche äußere Umstände in Auseinandersetzung mit den allfälligen Widerständen des Lebens, ja mitunter ohne ersichtlichen Anlaß überhaupt in Erscheinung treten und autonom beherrschend sind, darauf schließen, daß hier eine *Störung der psychophysischen Reifung und Entwicklung* vorliegt. Ist dort die psychophysische Dissoziierung exogener Ausnahmezustand, haben wir es hier mit einer bleibenden *retardierten Fehlkonstitution*, mit *Infantilismus*, zu tun.

Von der Seite der Reaktionsformen allein läßt sich demnach das Wesen des Hysterischen nicht bestimmen. Wenn nur von „hysterischen Reaktionen“ gesprochen werden soll, könnte man die Bezeichnung psychogene Reaktion ganz fallen lassen, da es den Reaktionen nicht

anzusehen ist, ob sie psychogen oder hysterisch sind. Die Verstellungstendenz, die durchscheinende Willensrichtung kommt auch bei vielen psychogenen Reaktionen vor und ermöglicht keine sichere Abgrenzung des Hysterischen vom Psychogenen, zumal ihre praktische Feststellung schwierig und sozusagen Geschmackssache oder Frage der persönlichen Sym- oder Antipathie des Arztes dem betreffenden Menschen gegenüber ist. Andererseits ist ohne Zweifel der alte Begriff des „hysterischen Charakters“ als einer Versammlung aller nur denkbaren schlechten Eigenschaften und unangenehmen psychopathischen Wesenszüge unhaltbar. Es hieße aber die Kritik überspannen, wollte man wirklich nur mehr hysterische Reaktionen gelten lassen. Es ist doch nun einmal nicht zu bestreiten, daß es *hysterische Persönlichkeiten* gibt. Selbst wenn man an dem Tendenziösen, der Verstellungstendenz festhalten will, so müßte man also annehmen, daß solche Menschen sich *immer* und *grundsätzlich* zu verstellen trachteten, daß ihnen von Hause aus ein Wille zur Krankheit eigen sei, d. h. man käme auch dann um die Auffassung einer psychopathischen *Dauereinstellung* im Sinne des Sichverstellens und Krankseinwollens nicht herum.

Überdies ist aber nun vor allem darauf hinzuweisen, daß die Feststellung des Hysterischen ja doch keineswegs an das Vorkommen „instinktiv, reflexähnlich oder sonstwie vorgebildeter Mechanismen“ allein gebunden ist. Ebenso wie einerseits psychogene und psychoide Reaktionen unter den verschiedensten psychopathologischen Bedingungen und ausnahmsweise auch bei nicht psychopathischen Menschen vorkommen können, gibt es Menschen, die, ohne jemals solche Reaktionen in ausgeprägter Form darzubieten, nicht anders als hysterisch bezeichnet werden können. *Es gibt eine abartige Charakterstruktur oder psychophysische Konstitution, die weder in einer der typischen Psychopathieformen aufgeht, noch etwa durch nichts anderes, als die Neigung zu psychogenen oder psychoiden Reaktionen gekennzeichnet wäre.* Es ist hier nicht möglich, das Wesen dieser hysterischen Anlage in aller Ausführlichkeit darzustellen, das Grundsätzliche der eigenen Auffassung wurde bereits oben (am Schluß des ersten Teiles bei Besprechung der Gruppe B) entwickelt. Es wurde die *Uneinheitlichkeit der Persönlichkeit* als Grundstörung herausgestellt und auf eine *Dissoziation der psychischen Reifung mit dem Persistieren infantiler Erlebnisweisen* zurückgeführt. Hinsichtlich der psychogenen und psychoiden Reaktionen ist nicht allein bemerkenswert, daß solche überhaupt und mit Vorliebe bei der Hysterie vorkommen, sondern vor allem die sonst nirgends zu beobachtende Weise, wie diese „eingeschaltet“ werden. In der oben zitierten Definition von Kretschmer ist daher das Wörtchen „sich bedient“ sehr wichtig. Die Verstellungstendenz ist, wie wir sahen, nicht spezifisch, auch die Reaktionsformen als solche sind es nicht, aber diese eigenartige Fähigkeit, jene Mecha-

nismen anspringen zu lassen und ein- und ausschalten zu können, ist außerordentlich charakteristisch für die Hysterie.

Es handelt sich dabei aber *nicht nur um eine „psychophysische Schaltung“*, d. h. es werden nicht nur *seelische* Erregungen in primitive *körperliche* Äußerungen umgesetzt, sondern auch *innerhalb des Psychischen* selbst wird „geschaltet“. Der hysterische Mensch ist oft auch dann, wenn er in augenfälligen Körperstörungen der Situation völlig unterlegen und nicht mehr Herr seiner selbst zu sein scheint, zum Erstaunen der Umwelt durchaus in der Lage, plötzlich mitten aus seinem Anfall heraus aufzustehen oder einen Stupor abubrechen und ganz geordnet und ruhig zu reden und zu handeln, als ob nichts geschehen wäre. Er hat gleichsam stets eine Hand an der Schaltung und kann nicht nur von „normal“ auf „krank“, von psychisch koordiniertem zu psychoidem Verhalten, sondern auch von einer Reaktion auf eine andere umstellen. Man hat diese Schaltfähigkeit m. E. viel zu sehr vom Körperlichen her gesehen. Gerade dadurch, daß auch die *psychischen* Einstellungen so unvermittelt wechseln können, ohne daß sie stets von somatisch-psychoiden Mechanismen begleitet werden, ähnelt der Hysteriker bald mehr den Emotiven, bald den Triebhaften, bald den Gemütskalten, bald den Pseudologisten. Wäre nicht die Bezeichnung „Verstellung“ für die Formulierung des Tendenziösen, Gewollten, Zweckhaften gegeben, könnte sie recht gut diesen Mangel an Geschlossenheit, die Dissoziierung, den Bruch, die „Spaltung“ der hysterischen Persönlichkeit symbolisieren. Der Hysteriker verstellt sich, wie auch eine Uhr, eine Weiche verstellt sein kann; keine Konstanz, keine Gradheit der Einstellung, sondern Wechselhaftigkeit. Umweg, Fehlstellung ist seine Weise des Erlebens und Reagierens. Überspitzt könnte man auch formulieren, das einzig Konstante der in allen Farben schillernden hysterischen Phänomene sei eben gerade die Inkonstanz und der *schaltbare Wechsel*. Auch hier wird wieder die Verwandtschaft zur Sprunghaftigkeit, Unausgeglichenheit, Launenhaftigkeit und unvermittelten Wandelbarkeit in extrem entgegengerichteten Einstellungen beim Kinde und Pubeszenten deutlich.

Hierzu ist aber noch eine Ergänzung notwendig. Wenn Gehen die „Entlastung“ des Verhaltens als eine spezifisch-menschliche Möglichkeit ansieht, so darf man die hysterische Anlage nicht etwa als hohe Entwicklungsstufe ansehen. Bei aller Schaltfähigkeit macht sich der hysterische Mensch in denkender und praktischer Tätigkeit nicht frei von instinktiven Antrieben im Sinne einer „Entlastung“ des Verhaltens, sondern steht vielmehr ganz und gar in deren Dienst. Er verfügt nicht frei über „entlastende“, d. h. von biologisch festgestellten Antrieben und Instinkten befreite seelisch-geistige Funktionen und Fähigkeiten, sondern seine *Verstellung ist ihm unbezwingbares Bedürfnis*, das von weitgehend unbewußten triebhaft-energetisch-affektiven Spannungen und Erregungen genährt wird. In der Neigung zu

psychogenen und psychoiden Reaktionen und der Fähigkeit, diese so leicht auf den Plan rufen zu können, sowie in seiner Verstellung zeigt sich gerade sein Haften und Wurzeln im Instinktiv-Biologischen, die *Retardierung* und *Regression* seiner psychischen Entwicklung.

Da nach G e h l e n der Symbolgebrauch, etwa der Sprache, auf dieser Bedingung der Ablösbarkeit des Verhaltens vom Kontakt der jeweils aktuellen Situation beruht und es im Wesen des Symboles liegt, auf ein Nichtgegebenes und aus diesem Kontakt nicht Erschließbares hinzuweisen, prägt sich die wohl als infantil zu betrachtende Gebundenheit und nicht entlastete „Kohärenz“ des hysterischen Verhaltens der jeweiligen Augenblickssituation gegenüber auch in der Sprachform aus: In den superlativistisch übertriebenen, exaltierten Reden, die von ungewöhnlich darstellerischer Mimik und Gestik begleitet sind, herrscht ganz das Physiognomisch-Sphärische und Expressive vor, dem gegenüber symbolisierende Gestaltung, weil sie Abstand, Stellungnahme, Entlastung voraussetzt, mehr zurücktritt.

Aus all diesen Überlegungen ergibt sich die Auffassung der Hysterie als einer *psychischen Reifungsstörung*, eines partiellen *psychischen Infantilismus mit der Dissoziierung und Labilität des Persönlichkeitsgefüges und der abnormen intrapsychischen und psychophysischen Schaltfähigkeit*. In der Tat findet man auch in der Hysterieliteratur immer wieder Persönlichkeitstypen beschrieben, bei denen aus diesen und jenen Zügen auf Infantilismus und Retardierung zu schließen ist. Auch K r e t s c h m e r bezeichnet das Hysterieproblem von der konstitutionellen Seite her als Längsschnittproblem, d. h. als Reifungsproblem. Er findet Retardierungen, partielle und unebenmäßige Reifungshemmungen und stellt neben starker Stigmatisierung im vegetativen System vor allem die Häufung von Störungen der Sexualkonstitution und zwar besonders in Form des Sexualinfantilismus und intersexer Konstitutionsvarianten heraus. Es ist indes nur selbstverständlich und logisch konsequent, daß er andererseits trotzdem keinen einheitlichen „hysterischen Charakter“ finden kann, weil er ja eben von den ubiquitären und charakterologisch unspezifischen psychogenen und psychoiden Reaktionen, die ihm aber hysterische Reaktionen sind, ausgeht. Selbstverständlich ist es nicht möglich, als „hysterischen Charakter“ ein plastisches detailliertes Persönlichkeitsbild zu zeichnen, aber es lassen sich wenigstens einige wesentliche Züge der psychophysischen Struktur aufzeigen, die m. E. in der Praxis die Diagnostik der Hysterie mit nicht geringerer Sicherheit ermöglichen, als die stets an die Feststellung eines Willens zur Krankheit oder einer Verstellungstendenz gebundene Diagnose hysterischer Reaktionen. Ist es nicht doch auch etwas inkonsequent, noch immer von „Hysterie im engeren Sinne“, von „schweren Entartungshysterien“ oder „hysterisch-degenerativer Psychopathie“ zu sprechen, wenn man andererseits lediglich hysterische Reaktionen, nicht aber gemeinsame konstitutionelle Bedingungen anerkennt? Und ist es nicht auch zu viel verlangt, wenn die Zeichnung des hysterischen Charakters ein plastisches detailliertes Persönlichkeitsbild sein soll, handelt es sich

doch auch bei der Herausstellung psychopathischer Typen nur um recht allgemeine Gemeinsamkeiten, die in ordnender Sichtung abstrahierend gewonnen sind, weit davon entfernt, die Ansprüche detaillierter, anschaulich-lebensnaher Menschenbildnisse zu befriedigen.

2. Die prämorbidten Persönlichkeitsstrukturen:

a) Die erste Gruppe, die den motivierten Depressionen Pathogenetik und Pathoplastik verleiht, setzt sich zusammen aus den emotiven, den endogen- und exogen-emotiv-labilen und psychasthenischen, den cyclothymen im weiteren Sinne — also subdepressiven, hypomanischen und syntonen — und den im Wortsinne eigentlichen cyclothymen (mit phasischen antipolaren Stimmungsschwankungen), sowie den sensitiven, anankastischen Strukturen. Bezüglich der psychopathologischen Zusammensetzung und der gegenseitigen Beziehungen kann auf die ausführlichen Einzelschilderungen verwiesen werden. Die für die Entwicklung motivierter Depressionen entscheidende Grundstruktur dieser Gruppe besteht in einer entweder *primären Steigerung der gefühlsmäßigen Beeindruckbarkeit* oder einer *mangelnden Widerstandskraft, Willensschwäche und Entscheidungsunsicherheit in gefühlsmäßigen Spannungen*, wodurch erst mehr sekundär die Emotionalität beherrschend wird. Die hieraus resultierende emotive Labilität ist häufig auch mit *körperlicher Resistenzschwäche* im Sinne der endogenen oder auch erworbenen Neurasthenie vergesellschaftet und führt zu der *somatopsychischen Insuffizienz der angeborenen oder erworbenen Psychasthenie*. Dies ist aber innerhalb der Gruppe A auch zugleich die häufigste Form exogener, erworbener prämorbidter Persönlichkeitsabnormität. Sie gibt der *vegetativ-hypochondrischen Depression* ihre Färbung und ist die der Trieb- und Affektlabilität der Gruppe B analoge prämorbidte Anlageanomalie bzw. Disposition.

Zur Differentialdiagnostik innerhalb der Gruppe A sei hier nur noch einiges zur *Frage der Periodik* gesagt. Es wurde oben ausgeführt, daß auch bei den Emotiven eine gewisse Stimmungsauflockerung mit Neigung zu Ausschlägen nach der heiteren und traurigen Seite anzunehmen sei. In der Tat muß man sich darüber klar sein, daß Periodik, Neigung zu phasenmäßigen Stimmungsänderungen, keineswegs das alleinige Privileg der Cyclothymen ist. In den älteren Arbeiten wird immer wieder die Neigung zu periodischer Wiederkehr krankhafter Störungen als ein Merkmal aller vorwiegend konstitutionell bedingter psychischer Erkrankungen betont. Die fließenden Übergänge zwischen den einfachen Cyclothymien und den schweren, nur mit psychotischen Anfällen verlaufenden Erkrankungen werden nach einer Zusammenstellung von Kahn auch von den meisten französischen Psychiatern anerkannt. Phasenhafter Wechsel von guten und schlechten Zeiten, wie er gerade bei differenzierten und den genialen Persönlichkeiten bekannt ist, braucht aber nicht immer der Ausdruck einer Cyclothymie, also einer wenn auch geringen und unbedeutenden Anlageanomalie, zu sein. Periodik ist vielmehr eine Eigenart allgemein-biologischer Vorgänge. H e g a r hat zuerst auf die Periodik des Stoffwechsels und die wellenförmigen Lebensprozesse aufmerksam gemacht. G a u p p und H o c h e sind von der Betrachtung der Verstimmungen und Cyclothymien her gleichfalls auf das periodische Schwanken aller Lebensvorgänge gestoßen. H a v e l o c k E l l i s (zit. nach R e i ß) kommt schließlich unter Ein-

beziehung des rhythmischen Verlaufes aller organischen Funktionen — Atmung, Herzstätigkeit, Muskelarbeit, Körpertemperatur, Sexualität usw. — zu dem Schluß, daß sämtliche biologischen Vorgänge einen rhythmischen Ablauf aufweisen. Für die allgemeinbiologische Bedeutung der Periodizität sprechen schließlich auch die neueren Beobachtungen von Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, Rhythmusstörungen des Wasserhaushaltes bei Hypophysen-Zwischenhirn-Erkrankungen (Jores), sowie die Untersuchungen der Nonnenbruchschen Schule über periodischen Wechsel von Fett- und Mager sucht in der Pubertätszeit (Feuchtinger). An der Frankfurter Klinik sind von Kleist, Kleine, Stadler und mir periodische und episodische Schlafzustände bei Jugendlichen beobachtet worden, deren Pathogenese mit den Begleitsymptomen akromegaler Zeichen, Wasserhaushaltsstörungen usw., ebenfalls in einer Fehlanlage des hypophysär-diencephalen Systems angenommen werden mußte. So hat auch Kleist schon früh bei der Periodizität der autochthonen Degenerationspsychosen auf die Bedeutung extracerebraler Körpervorgänge, besonders endokriner Störungen, aufmerksam gemacht. Man wird also Periodizität und Rhythmik psychischer Vorgänge nicht auch schon in leichtester Form und von vornherein als Ausdruck einer cyclothyemen Anlage werten dürfen.

Andererseits hat auch die Cyclothyemie ihrerseits wiederum Beziehungen zu periodisch rhythmischen Vorgängen, auch außerhalb der Sphäre der Stimmungen oder Vitalgefühle. So ist z.B. die Bedeutung der Pubertät bei dem weiblichen Geschlecht der Generationsvorgänge überhaupt für die Manifestation manisch-depressiver Störungen zweifellos recht erheblich. Auch sind Zwischen- bzw. Stammhirnercheinungen im Rahmen manisch-depressiver Zustände gut bekannt. So hat J. Lange auf das nicht so ganz seltene Vorkommen massiverer körperlicher Störungen wie periodischer Kopfschmerzen und sogar Diabetes insipidus bei manisch-depressiven Zuständen hingewiesen und eine junge Patientin beschrieben, bei der protrahierte cyclothyeme Schwankungen mit Tonusverlust und erhöhtem Schlafbedürfnis im Sinne leichter Gelineau-Erscheinungen verliefen. Er betonte ferner, daß im Gegensatz zu der nicht seltenen periodischen Schlaflosigkeit cyclothyeme Störungen auch unter dem Bilde periodischer Schlafsucht verlaufen können. Schließlich ist im Hinblick auf den phasenhaft rhythmischen Charakter der manisch-depressiven Störungen und das bevorzugte Auftreten von Depressionen in der kalten, von Manien in der warmen Jahreszeit auch vielfach an Analogien mit dem Winterschlaf der Tiere gedacht worden. Lange hat in Übertragung der bekannten Anschauung Kraepelins über die hysterischen Mechanismen die interessante Frage angeschnitten, ob vielleicht auch „manisch-depressive Vorgänge pathologisch verzerrte Äußerungen ursprünglicher, in der Stammesgeschichte zielvoller Einrichtungen wären“.

Soweit also bei den zu motivierten Depressionen disponierten Persönlichkeitsanlagen Periodizität oder phasenhafte Rhythmik zu beobachten ist, braucht es sich nicht immer um autochthone Stimmungsänderungen einer manisch-depressiven Anlage zu handeln, sondern es kann sowohl die Ansprechbarkeit des biotonischen Regulationsmechanismus wie auch die Erregbarkeit im Bereich der seelischen Gefühle selbst periodisch schwanken. Dies findet man am häufigsten bei den emotiven Persönlichkeiten.

b) Die Haupteigenschaft der zweiten Gruppe ist die *Steigerung der Trieb- und Affekterregbarkeit*. Es sind die Trieb- und Instinktmenschen, geistig-seelisch durchschnittlich weniger strukturierte und relativ undifferenziertere Persönlichkeiten, deren Lebensäußerungen vorwiegend von den Trieben und Affekten bestimmt werden. Sie haben in ihrem Ausdruck daher etwas Unausgeglichenes, Spannungsgeladenes, Sprunghaftes oder, bei gleichzeitiger höherer intellektueller Entwicklung und den Genialen, etwas Dämonisches. Die höheren see-

lischen Leistungen und Begabungen werden in ihrer Entfaltung durch das dauernde unterminierende Arbeiten der tieferen biologischen Schichten behindert und treten in der Dynamik der Persönlichkeit hinter den Trieben und Affekten zurück. Damit ist — wie oben ausgeführt — die *Praedisposition* für primitive Reaktionen, die *Psychoide* gegeben.

Auch in dieser Schicht ist eine *primäre Erregbarkeitssteigerung* von einer mehr *sekundären-dynamischen Wirkungsweise der Trieb-Affektvorgänge* infolge einer *angeborenen oder erworbenen Schwäche hemmender und leitender Impulse aus höheren seelisch-geistigen Bereichen* zu unterscheiden. So ist es ohne weiteres verständlich, daß endokrine Dysfunktionen — Infantilismen — und die Pubertätsphase mit den lebhaften sexuellen Reifungsprozessen, wie andererseits alle Zustände, die zum Erlahmen der höheren psychischen Kräfte und damit zu sekundärer Überwertigkeit der Triebe und Affekte führen — Cerebralklerose, traumatische Hirnleistungsschwäche, chronischer Alkoholismus, Ermüdung und Erschöpfung — die gleiche pathologische *Praedisposition* besitzen wie die anlagebedingten affektiv-triebhaften und trieb-affektlabilen Psychopathien. Diese exogene Trieb- und Affektlabilität hat enge Beziehungen zu der exogenen somatopsychischen Insuffizienz der Gruppe A, die man auch exogene Psychasthenie nennen kann. Während aber die mürrische Verdrießlichkeit der vegetativ-hypochondrischen Depressionen dem haltlosen Hin- und Herschwanken gefühlsmäßiger Einstellungen und der teilweisen Einsicht in die eigene Unzulänglichkeit und Insuffizienz, sowie körperlichem Mißbehagen entspringt, ist die Reizbarkeit der Trieb- und Affektlabilen eine gestaltlosere, explosibel-elementare, ebenso wie deren Willensschwäche sich in primitiven affektiven oder triebhaften Regungen äußert.

Man findet in der Literatur — so z. B. in dem ausführlichen Bericht von E. K a h n über die Beobachtungen an der Münchner Klinik — oft den Begriff des haltlosen Psychopathen, ebenso wie auch die Willensschwäche als Grundstörung bestimmter Psychopathien angesehen wird, — z. B. von K. S c h n e i d e r. Beide sind aber mehr soziologische als psychopathologische Begriffe: so kann die Willensschwäche ganz verschiedene Wurzeln haben: Sie kann aus dem Insuffizienzgefühl, dem mangelnden Selbstvertrauen der Selbstunsicheren (K. S c h n e i d e r) ebenso entspringen wie aus dem Schwernehmen der Subdepressiven, denen alles Neue wie ein Berg bevorsteht; sie kann aber auch eine Folge der übertriebenen Nachgiebigkeit, Gutmütigkeit und des Zartgefühls der emotiv-labilen Persönlichkeiten sein, wie schließlich aus der Erschöpfbarkeit und Leistungsschwäche des (endogenen und exogenen) psychasthenischen Versagertyps entstehen. Desgleichen kommt Haltlosigkeit sowohl bei den leicht verführbaren und beeindruckbaren nachgiebigen, emotiv-labilen Persönlichkeiten, wie bei dem triebhaft-unsteten, dranghaft-reizsüchtigen Charakter vor. Es lassen sich eben mit der rein descriptiven Psychopathengruppierung keine biologischen oder psychopathologischen Radikale erfassen.

Die hier gegebene Gruppierung der Persönlichkeiten in die *emotiv- und triebhaft-affektiv-erregbaren* mit den *labilen Varianten* hat den

Vorzug, daß sie aus der Beobachtung individueller Erlebnisformen, besonders deren motivischer Repräsentierungen, sowie der psychogenen und psychoiden Reaktionsabläufe, also in dynamischer Betrachtung, gewonnen ist und sich auf psychopathologische Grundfunktionen zu beziehen versucht. Wenn auch die konstitutionstypologische Methodik in ihrer klinischen Bedeutung unbestreitbar ist, so sollte man darüber doch nicht einer ergänzenden psychopathologischen Betrachtungsweise im Sinne dieser Gruppierungen entraten.

3. Psychopathologie der Lebensalter, entwicklungsgeschichtliche Psychopathologie

Wenn die Abhängigkeit der besprochenen Krankheitsformen von der Organisationshöhe der Persönlichkeit in der hier geschilderten Form zutrifft, wenn es eine Reihe psycho-pathologischer Krankheitsvorgänge gibt, die von der primitiven Stufe der Psychoidreaktionen über die einfachen und komplizierten psychogenen Mechanismen zu der hochentwickelten individuellen Gestaltung der motivierten Psychosen aufsteigt, so werden sich diese Verhältnisse auch in der Psychologie und Psychopathologie der Altersstufen widerspiegeln. So sehen wir denn auch im Gemütsleben des Kindes das Vorherrschen der Affekterregbarkeit als eines der wichtigsten Merkmale gegenüber der Psyche des Erwachsenen. Das Wesen der kindlichen Handlungen besteht nach Homburger in „einfachsten, unwillkürlichen, unmittelbaren bewußten motorischen Beantwortungen einfachster affektiver Erregungen. Nichts von Wahl, Entscheidung, Willkür gehört zu ihren Kennzeichen“. Da es sich hier also um normalpsychologische Funktionsweisen handelt, sehen wir, auch von dieser Seite aus, daß die *Psychoidreaktionen*, die ja mit diesen kindlichen triebhaften Affektäußerungen eng verwandt sind, an und für sich keine „krankhaften“ oder „abnormen Reaktionen“ sind, sondern biologische Verhaltensweisen darstellen, die den für das Kindesalter physiologischen und spezifischen sehr ähnlich sind und erst dann als pathologisch gewertet werden müssen, wenn sie im Gemütsleben des Erwachsenen *persistieren*. Denn gerade „die Abschwächung der Affekterregbarkeit und der später einsetzende Verlust der Naivität“ sind nach Homburger „diejenigen Vorgänge, von denen aus, abgesehen von der intellektuellen Entwicklung, der allmähliche Übergang zum Gemütsleben des Erwachsenen allein wirklich verstanden werden kann“. Und zwar kommt es, wie Wundt ausführt, sowohl primär zu einer Ermäßigung der Affekte, als auch zur Ausbildung von zentralen Hemmungsapparaten und, als Folge davon, zu sekundärer Herabsetzung der funktionellen Wertigkeit der Affektivität. Wenn wir daher in unseren beiden großen Gruppen zu der Aufstellung von jeweils zwei psychopathischen Spielarten, den emotiv *Erregbaren* und emotiv

Labilen (Gruppe A), sowie den affektiv triebhaft *Erregbaren* und *Labilen* (Gruppe B) gelangten, so liegt die Begründung hierfür in diesem *doppelsinnigen Entwicklungsgang* vom Gemütsleben des Kindes zu dem des Erwachsenen.

Im späteren Kindesalter und bei den Jugendlichen tritt die Affektivität mehr und mehr zurück und es kommt, neben der zunehmenden intellektuellen Entwicklung, vor allem zur Ausbildung des höheren Gefühlslebens. In der Pubertät entsteht dann allerdings durch die krisenhafte, nicht immer ganz gleichmäßige und ausgewogene Entwicklung der Sexualfunktionen noch einmal die Neigung zu elementaren Trieb- und Affektreaktionen, die mit größerer Wucht als im frühen Kindesalter verlaufen und wegen der gleichzeitigen Entwicklung der emotionalen und intellektuellen Funktionen die Gefahr tiefergehender Konflikte und im späteren Leben — im Sinne des Freud'schen Unterbewußtseins — fortwirkender Persönlichkeitsveränderungen in sich tragen. Immerhin sind aber im Jugendalter auch bereits kompliziertere Reaktionen und Erlebnisverarbeitungen möglich. Mit dem Begriff der „gemütlichen Aufwühlbarkeit“ von Kerschensteiner wird der Unterschied gegenüber der gereiften emotionalen Erlebnisweise des Erwachsenen gut gekennzeichnet. Es wird hiermit vor allem die Heftigkeit, Energie und Stürmischkeit kindlicher Gemütsbewegungen, sowie die Besonderheit, auf die verschiedensten Reize in dieser Weise zu reagieren, herausgestellt. Die fortschreitende Verstandesentwicklung führt dann allmählich zu der ruhig auswägenden, besonnenen und vernünftigen Haltung des gereiften Alters. Gefühle und Affekte sind nicht mehr die ausschließlichen oder vorherrschenden Triebkräfte, durch den Verstand erkannt und den Willen gebannt, strömen sie mit gemäßigter Kraft in die Handlungen ein und formen den Ausdruck der Persönlichkeit.

Hier, in der Entwicklungsgeschichte der Seele, liegt die Quelle, aus der wir tieferes Verständnis für die normalen Spielarten wie auch die psychopathischen Fehlbildungen der Persönlichkeit schöpfen können. So lassen sich die *Psychopathien* als *psychische Entwicklungsanomalien* erkennen. Die psychopathieähnlichen Zustände nach Encephalitis im Kindesalter und bei organischen Entwicklungsstörungen des Gehirns stützen diese Auffassung, wie sie bereits Kraepelin in ähnlicher Form vertrat. Persistieren der kindlichen Trieb- und Affekterregbarkeit liegt der triebhaft-affektiven Psychopathie zugrunde, Stehenbleiben auf einer etwas späteren, um die Pubertät gelegenen Entwicklungsstufe, erklärt die gemütliche Aufwühlbarkeit der emotiven Persönlichkeiten. Unterentwicklung oder exogene Schwächung zentraler Hemmungsmechanismen bedingen sekundäres funktionell-dynamisches Übergewicht emotionaler und affektiver Kräfte und haben endogene bzw. exogene emotive oder affektive Labilität zur Folge.

Eine ähnliche psychopathologische Betrachtungsweise darf in dem Versuch von Cimbäl gesehen werden, einige „Psychoneurosen“ durch die Entwicklungshemmung des Denkens mit krankhafter Suggestibilität für affektive und fremde Vorstellungen zu erklären.

Bormann hat ebenfalls an Hand eines Falles von Pubertas praecox bei Entwicklungsmißbildung des Tuber cinereum mit dissoziierter psychischer Reifung auf die Möglichkeit hingewiesen, bestimmte Psychopathieformen als partielle psychische Reifungshemmungen aufzufassen.

4. Infantilismus und Hysterie

Im Zusammenhang der angedeuteten Deutungsmöglichkeit der Psychopathien als psychischer Entwicklungsstörungen und ihrer Erklärung aus dissoziierter Reifung psychischer Teilfunktionen soll hier nochmals kurz auf die Beziehungen der Hysterie zum Infantilismus hingewiesen werden. Während man zu Beginn der endokrinologischen Forschungsperiode, ausgehend von den psychischen Begleiterscheinungen des Myxoedems, Kretinismus und der leichteren Formen von Schilddrüsenfunktionsstörungen, unter Infantilismus nur die dyskrinen Formen, darunter besonders den eunuchoiden Hochwuchs verstand, hat Borchardt die Grundlage für den heutigen Begriff mit folgender Formulierung geschaffen: „Als einzige Grundlage für eine Begriffsbestimmung des Infantilismus ist die Entwicklungshemmung, der Subevolutionismus zu brauchen“. Eine weitere Bereicherung erfuhr das Problem schließlich durch Anton, der den Begriff des „Infantilismus psychicus“ prägte und dem universalen Infantilismus die partiellen Infantilismen an die Seite stellte. Seine Definition lautet: „Eine Entwicklungsstörung, welche den ganzen Organismus auf kindlichem Typus zurückbleiben läßt und die Fortentwicklung des Individuums im Sinne seiner Gattung verhindert; dabei bleiben nicht nur die körperlichen Merkmale, sondern vielfach auch die seelischen Eigenschaften des Kindes bestehen.“

Es sind bestimmte, für das kindliche Seelenleben charakteristische psychische Mechanismen, Erlebnis- und Reaktionsweisen, die bei der Hysterie als partielle Infantilismen fortbestehen. Genannt seien hier nur die ichzentrierte Umwelteinstellung mit der mangelnden Bewußtseinsweite, Verschwimmen der Grenzen zwischen Ich und Außenwelt, gesteigerte Phantasietätigkeit, hinzu kommen die Lenksamkeit, das Einfühlungsvermögen, der Nachahmtrieb und die Suggestibilität. Die Vorbedingung zur Charakterentwicklung in der Richtung der Egozentrizität und Offenbarung einer hysterischen Anlage sind nach Homburger dann gegeben, wenn „gewisse Grundcharaktere der seelischen Zusammenhänge, Naivität, Echtheit und Verbindlichkeitsbewußtsein nicht zu voller Entfaltung und Auswirkung kommen“. Cimbäl trifft die Besonderheit kindlichen Denkens sehr gut, wenn er von der affektiv-kurzschlüssigen, spielerischen Denkweise und dem magisch-unselbständigen, zwiespältig-phantastischen Weltbild spricht.

Das Wesentliche der hysterischen Anlage ist aber nicht so sehr das Persistieren des Anfänglichen, Primitiven und Infantilen des Seelenlebens als solchem wie vor allem die Wechselhaftigkeit, das stete Auf- und Ab, die Labilität des Hintergrundes, die nicht immer nur in der Fähigkeit einer Umschaltung auf somatische, biologisch vorgebildete Mechanismen in Erscheinung tritt, sondern durch die mannigfachsten intrapsychischen Schaltungen — „Verstellungen“ (siehe oben) — eine Unzahl bunter Mischungen infantiler und erwachsener Erlebnis-, Ausdrucks- und Verhaltensweisen hervorbringt. Auch in der Traumarbeit findet nach Freud eine Regression statt, und zwar nicht nur eine formale, sondern auch eine materielle: „Sie übersetzt nicht nur unsere Gedanken in eine primitive Ausdrucksform, sondern sie weckt auch die Eigentümlichkeiten unseres primitiven Seelenlebens wieder auf, die alte Übermacht des Ichs, die anfänglichen Regungen unseres Sexuallebens, ja selbst unseren alten intellektuellen Besitz, wenn wir die Symbolbeziehung als solchen auffassen dürfen“. Und auch hier fehlt es nicht an Übergängen und innigen Beziehungen zwischen den beiden Zuständen des Wachens und Träumens dadurch, daß auch im Wachzustand ein Unbewußtes, Latentes wirksam ist. Erst durch die Vermittlung der „Tagesreste“, des aus dem wachen Leben stammenden und dessen Charaktere teilenden Psychischen vollzieht sich in dessen Vermischung mit dem Reich des alten Infantilen, mit den ihm eigenen Wunschregungen, eigener Ausdrucksweise und ihm eigentümlichen seelischen Mechanismen, die sonst nicht in Kraft sind, die regredierende Traumarbeit. Auch hier ist das Eine mit dem Anderen verwoben, nur steht bei der Hysterie an Stelle eines biologischen (Schlaf-Wach-) *Rhythmus* eine *ständig spielende Schaltung*. Im Vergleich zu den anderen psychopathischen Anlagen, die sich auch als *statische Partialregressionen* oder *-retardierungen* auffassen lassen, ist die *hysterische Regression* als eine *mehr dynamische, sich ständig erneuernde* anzusehen, die *materiell in der hysterischen Wesens- oder Persönlichkeitsabartigkeit erscheint, formal in den psychogenen und psychoiden Reaktionen sinnfälligste Gestalt gewinnt*.

In diesem Zusammenhang soll auch die mehr auf hirnlokalisatorische Betrachtungen abzielende Auffassung von Kleist nicht unerwähnt bleiben. Er sieht in der hysterischen Wesensveränderung eine „krankhafte Steigerung der normalen Suggestibilität, die ihrerseits in einer sich den Bedürfnissen des Organismus anpassenden Steuerung zwischen körperlichen und anderen Wesensleistungen besteht, und die durch zweckmäßige Ein- und Ausschaltungen eine Wesenseinheit gewährleistet“. Die hysterische Wesensveränderung beruht nach seiner Ansicht auf „einer Schaltschwäche zwischen dem diencephalen Körper-Ich und anderen Wesensleistungen“, wodurch einerseits somatopsychische Erregungen in gesteigertem Maße anregend und hemmend, ergreifend und bedrängend auf andere Wesens-

funktionen, andererseits Vorstellungen, Gefühle und Triebe leichter ins Körper-Ich einwirken und zu gesteigerten körperlich-vegetativen Reaktionen führen könnten.

Der partielle Infantilismus der Hysterie — so wie wir ihn sehen — kann inhaltlich die verschiedensten Elemente und Teilbestandteile kindlichen Denkens und Erlebens enthalten, das Wesentliche ist aber, daß überhaupt kindlich-egozentrische Einstellungen und psychoide Reaktionsweisen im Rahmen einer individuell gestalteten Erwachsenenpersönlichkeit persistieren oder doch wenigstens einen mehr oder weniger latenten Einfluß ausüben. So sind die Grenzen von noch physiologischen psychogenen Verhaltensweisen im Kindesalter, den seltenen oder einmaligen Psychoidreaktionen Jugendlicher oder auch — bei adaequater äußerer Einwirkung — gesunder Erwachsener über die infantil-hysterieformen Reaktionen der primitiven affektiv-triebhaft erregbaren Psychopathen zur eigentlichen Hysterie durchaus fließend. Und auch innerhalb der Hysterie gibt es von den eigenartigen Abspaltungsphänomenen und grobmassiven Psychoiden unzählige Schattierungen bis zu hochdifferenzierten Charakteren, in deren Verhaltens- und Ausdrucksformen infantile Züge nach mannigfachen Verwandlungen nur noch in sehr sublimierter Weise ausstrahlen. Die *Grundstörung der Hysterie* ist in dem *labilen schaltbaren Nebeneinander infantilen Denkens und Erlebens mit psychoider Reaktionsbereitschaft und ausgereifter — erwachsener — seelischer Äußerungen* zu sehen, wobei *eben die verschiedensten Wechselwirkungen* möglich sind. Es erscheint ein normalpsychologischer Entwicklungsvorgang, der das kindliche magisch-phantastische Weltbild durch die zielsetzende Aktivität des Erwachsenen ersetzt und damit die Einheit der Persönlichkeit garantiert, gestört zu sein, wodurch es zu der *dissoziierten psychischen Reifung* mit partiellem Infantilismus kommt.

Gerade die hochkultivierten Hysterien haben wohl die Rätsel der „Spaltung der Persönlichkeit“ (Bleuler), der „psychophysischen Schaltung“ (Binswanger) und des „physiologischen Restes“ (Hellpach) aufgegeben, da die hysterischen Krankheitsäußerungen hier gleichsam losgelöst von der übrigen Persönlichkeit als ein fremdes, oft geradezu organisch wirkendes Element erscheinen. Diese Hysterien mit ihrem reich differenzierten — letztlich aber auf ihrer partiellen Kindlichkeit beruhendem — Einfühlungs- und Anpassungsvermögen, ihrer Fähigkeit zur Einsicht und Selbstironie können als äußerst liebenswürdige, charmante und geistreiche Menschen erscheinen, — man darf sie allerdings nicht sehen, wenn ihre Affektivität und Egozentrität in einem „grand mal“, einem Ganserschen Dämmerzustand oder auch einem demonstrativen Suicidversuch durchbricht. Die Hysterie erhält eben ihre individuelle Gestaltung durch die gesamte — wenn auch dissoziiert funktionierende — Persönlichkeit.

ebenso, wie auch der gesunde Erwachsene durch einzelne, fast bei jedem vorhandene kindliche Züge zuweilen eine gewisse Ähnlichkeit mit Hysterikern haben kann. Nur in diesem Sinne darf das Wort von M o e b i u s : jeder sei sozusagen ein wenig hysterisch — verstanden werden. Über die Entwicklung einzelner hysterischer Krankheitserscheinungen haben uns vor allem die Untersuchungen von K r e t s c h m e r und — was man nicht vergessen darf — die F r e u d - s c h e Psychoanalyse, besonders mit der Herausarbeitung des Verdrängungsphänomens, der Konversion, wesentliche Einsichten gebracht.

5. Erbllichkeit

Da die Erbllichkeit nicht eingehend und systematisch untersucht, sondern lediglich auf Grund der Angaben der Angehörigen oder Kranken selbst und nicht in allen Fällen beurteilt wurde, soll sie auch nicht näher besprochen werden. Wenn erbliche Belastung festzustellen war, war sie meist gleichartig, wie es auch R e i ß bei seinen Fällen fand. Zu bemerken wäre vielleicht, daß häufig, besonders bei den Psychasthenikern und Affektlabilen, Angehörige der Kranken als „nervös“ bezeichnet wurden. Es darf hierin entsprechend der ja auch von uns angenommenen neurasthenischen Komponente auf Verwandtschaft dieser Persönlichkeitsanomalien mit der konstitutionellen Nervosität im Sinne von J. H. S c h u l t z geschlossen werden.

6. Motiv

Auch das Motiv bedarf nach den bisherigen Ausführungen keiner eingehenden Darstellung mehr. Da in jedem motivischen Erlebnis die individuelle Persönlichkeitsstruktur und der Erlebnismodus repräsentiert ist und auch die psychogenen und psychoiden Reaktionen meist an bestimmte psychopathische Dispositionen gebunden sind, gliedern sich die Ausgangserlebnisse ebenso in zwei, den Veranlagungen und Krankheitsformen entsprechende Gruppen. Den höheren gefühlsmäßigen, emotionalen Erlebnissen der Gruppe A lassen sich so die relativ einfachen Reize der Gruppe B gegenüberstellen. Eine Zusammenstellung der motivischen Geschehnisse bzw. der Reizsituationen nach dieser Ordnung hat jedoch nur relativen Wert, da ein- und dasselbe Ausgangserlebnis je nach der Persönlichkeitsart ganz verschiedene Motivwirkung haben kann. So können die am häufigsten vorkommenden erotischen Konflikte sowohl emotionaler Art sein, d. h. also gefühlsmäßig erlebt und verarbeitet werden, als auch in primitiver Weise die Trieb- und Affektsphäre schockieren und dementsprechende Reaktionen auslösen.

7. Geschlecht und Rasse

Alle hier besprochenen Krankheitsformen zeigen eine eindeutig überwiegende Beteiligung des weiblichen Geschlechtes gegenüber dem

männlichen. Dieses erklärt sich wohl aus stärkerer Affektgebundenheit und Emotionalität der Frau.

Außer dieser allgemeinen Prädisposition der Frau für emotive und affektive Erkrankungen ist auch die weibliche endokrine Konstitution zu berücksichtigen. Die große Bedeutung rhythmischer biologischer Vorgänge im Leben der Frau schafft sicher auch eine gewisse Bereitschaft zu phasischen und wellenförmigen Krankheitsvorgängen, also auch den Stimmungen. In der weiblichen Psyche sind somit sowohl gewisse prädisponierende als auch präformative Faktoren für die motivierten Depressionen gegeben. Andererseits ist die lebhaft psychosesexualität der Frau zugleich auch ein günstiger Boden für die Entstehung psychoider und psychogener Reaktionen. Die Häufung und Exazerbation hysteriformer Krankheitsäußerungen zur Zeit der Menstruation ist ein deutlicher Beweis hierfür. Es bestehen also hier zweifellos Verwandtschaften der weiblichen und kindlich-jugendlichen Psyche. So ist es psychologisch auch gut erklärlich, daß Männer, bei denen Emotivität und Affektivität vorherrschen, oft als unmännlich, eben feminin oder kindlich erscheinen.

Schließlich scheint es auch rassisch bedingte Prädispositionen zur motivierten Depression zu geben. So fanden Gaupp und Mauz eine besondere Depressionsneigung der schwäbischen Bevölkerung, die auch den Egerländern zugeschrieben wird. Eigene Beiträge können zu dieser Frage nicht geliefert werden.

Desgleichen kann auf die Besprechung der Körperbauformen verzichtet werden, da genauere Untersuchungen hierüber nicht in allen Fällen vorgenommen wurden. So weit Beobachtungen gemacht wurden, haben sich keine neuen Gesichtspunkte ergeben.

III. Teil: Statistik

In beiden Aufstellungen kommen die Beziehungen der beiden Gruppen von Anlagen und Krankheitsformen auch zahlenmäßig deutlich zum Ausdruck. Dies darf um so mehr als eine Bestätigung der oben gegebenen psychopathologischen Erklärungen angesehen werden, als das Material zum Teil von den verschiedensten Untersuchern stammt; außerdem zeigen die zwei Friedens- (1936 und 1938) und Kriegsjahrgänge (1940 und 1941) erhebliche Unterschiede, indem bei den letzteren die Frauen noch stärker überwiegen und bei den Männern hauptsächlich die zweite Gruppe der Affektiv-erregbaren vertreten ist. Dies dürfte aus der Auslese der militärischen Einziehung zu erklären sein, von der die Gemeinschaftsunfähigen und schwerer Entarteten offenbar am längsten verschont wurden. Auch bei den Frauen sind in den Kriegsjahrgängen die Anlagen der zweiten Gruppe häufiger.

I.

Zahlentabelle

Prämorbidie Persönlichkeit								
260 Krankheits- fälle		1 emotiv erregbar u. (endogen-exogen) labil	2 cyclothym im wei- teren Sinne	3 anankastisch	4 sensitiv	5 motivisch einge- leitet bei cycloider Anlage	6 Schwachsinn	7 trieb-affekt. erregbar u. (endogen-exogen) labil Hysterie
Klinische Diagnose	Gruppe A. motivierte Depressionen	60 (22:38)	19 (4:15)	12 (6:6)	9 (4:5)	10 (6:4)	4 (1:3)	5 (2:3)
	Gruppe B psychogene psychoide Reaktionen, Hysterie	20 (12:8)	6 (3:3)	1	6 (1:5)	0	30 (10:20)	78 (25:53)

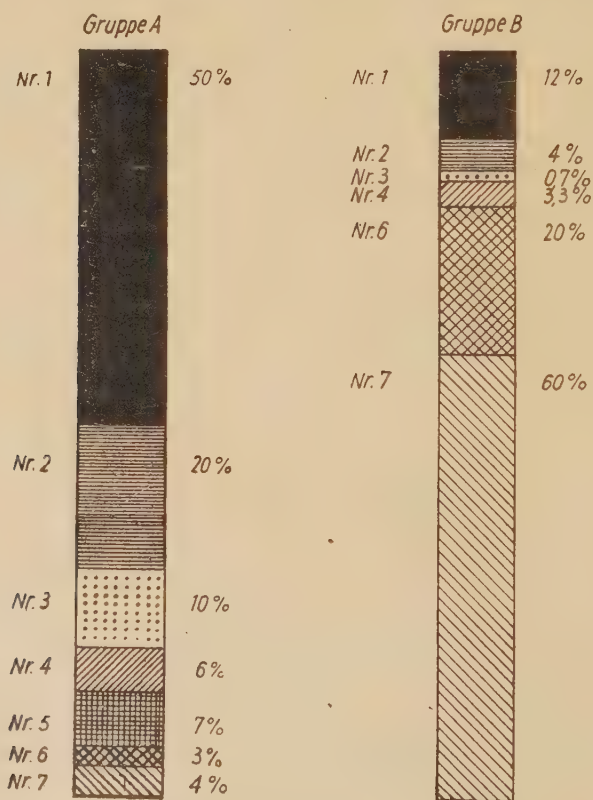
Die eingeklammerten Zahlen bedeuten das Verhältnis der männlichen zu den weiblichen Krankheitsfällen.

was wohl auf die affekterregenden und -labilisierenden Einflüsse des Krieges — Unterernährung, fortgesetzte körperliche und seelische Belastung durch Luftangriffe usw. — zurückzuführen ist.

Auf eine tabellarische Zusammenstellung der zahlenmäßigen Verteilung der Motive auf die beiden Gruppen kann aus den oben dargelegten Gründen verzichtet werden. Es sei hier nur nochmals darauf hingewiesen, daß bei der Gruppe A höhere emotive Gefühlserlebnisse, bei der Gruppe B primitive affektiv-triebmäßige Reize überwiegen.

II.

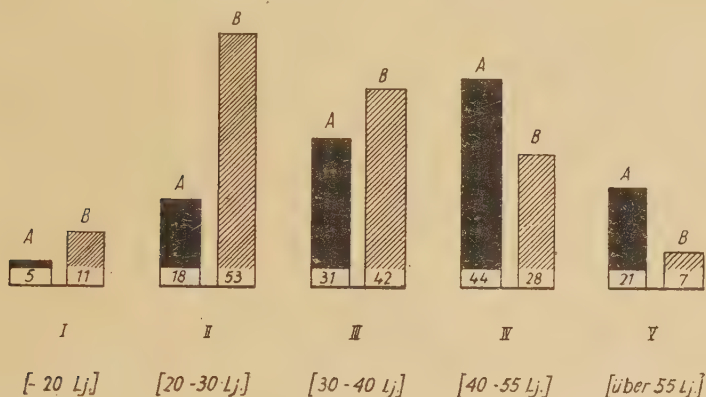
Prozentuale Verteilung der Prämorbiditen Persönlichkeitsstruktur auf die beiden Krankheitsgruppen



Die Nummern links von den beiden Säulen entsprechen den verschiedenen Anlagen (siehe „Prämorbidite Persönlichkeit“ in obiger Zahlentabelle).

III.

Prozentuale Verteilung der Altersstufen auf die beiden Krankheitsgruppen



Zu Tabelle III:

Die motivierten Depressionen (Gruppe A) bevorzugen, wie die nachstehende Aufstellung zeigt, die höheren Lebensalter (Gipfel in der 4. Altersstufe), während die psychogenen und psychoiden Reaktionen (Gruppe B) mit Vorliebe in den früheren Lebensaltern auftreten (Gipfel in der 2. Altersstufe); dies erklärt sich aus der entwicklungsgeschichtlichen Psychologie und Psychopathologie der Emotivität und Affektivität, wie sie hier kurz skizziert wurde.

Schlußbemerkungen:

Wenn schon das von Kraepelin geschaffene nosologische System der endogenen Psychosen nicht alle Krankheitsformen lückenlos zu erfassen vermochte und immer wieder recht grundsätzlicher Kritik ausgesetzt war — es sei nur an Hoche erinnert — so mögen Abgrenzungs- und Einteilungsversuche auf dem Gebiet der nicht endogenen psychischen Störungen erst recht gewagt, ja womöglich überhaupt aussichtslos und müßig erscheinen. Es ist aber ausdrücklich festzustellen, daß es sich bei der vorliegenden Bearbeitung um den Versuch einer *typologischen Ordnung*, nicht aber um eine nosologische Systematik handelt, die schon in Anbetracht der Unbestimmtheit des Krankheitsbegriffes gerade in diesem Bereich gar nicht möglich wäre. Aber auch eine auf Gewinnung *typischer* Strukturen, Gestaltungen oder Erscheinungsformen seelischen Geschehens abzielende Betrachtung wird niemals der Lebendigkeit und unergründlichen Fülle des

Daseins gerecht werden können und sich stets dem Vorwurf fiktiver Schematisierung und konstruktiver Abstraktion aussetzen. Jede wissenschaftliche Untersuchung aber, die einen Ausschnitt der Erfahrungswelt zum Gegenstand nimmt, beleuchtet diesen unter weitgehendem Verlust unmittelbarer Kohärenz des Subjekts mit der Wirklichkeit von einem bestimmten Abstand und Standort aus und führt so zu perspektivischen Verzerrungen, selbst wenn es sich vorwiegend um ein sogenanntes induktives Verfahren handelt. Und daher setzt, wie Pfahler sagt, auch die Aufstellung irgend eines Systems von Typen beim Forscher stets den Mut voraus, „rationelle Linien durch den Zusammenhang des Lebens zu ziehen“, selbst wenn der Typusbegriff und die psychologischen Begriffe überhaupt nach Lersch eine Erscheinung nicht scharf gegen eine andere abgrenzen wollen, sondern sich vielfach darauf beschränken, „aus einem komplexen Sachverhalt bestimmte Züge hervorzuheben, die von einem bestimmten Standpunkt aus als ‚typisch‘ erscheinen“.

Die vorliegende Untersuchung stellt aber nun nicht nur eine lediglich der Klassifikation dienende Typenbildung mit Hervorheben „typischer“ Eigenschaften der Persönlichkeit oder Erscheinungsformen psychischer Störungen dar, sondern die von den hochdifferenzierten, charakterogenen und individualspezifischen motivierten Psychosen über die in mehr lockerem Zusammenhang mit der Persönlichkeit stehenden und vorwiegend von unspezifischen psychischen Mechanismen getragenen psychogenen Reaktionen zu den weitgehend ichfernen primitiven psychoiden Reaktionen führende kontinuierliche Reihe konnte erst durch die auf ontologische Eigenschaften rückgreifende Erhellung der Struktur gewonnen werden. Nicht die *Pole* der Reihe als Typen motivierter seelischer Störungen und psychischer Reaktionen sind das entscheidende Ergebnis der vorliegenden Studie, sondern die *Reihe* selbst als Bild der in dem ständigen Fluß menschlichen Erlebens wesentlichen formenden und durchprägenden biopsychischen Vorgänge und Strukturen in ihrem vielfältigen Zusammenwirken bildet das eigentliche Resultat. Was in den polaren Typen, also etwa der motivierten seelischen Depression und der psychoiden Reaktion an wirksamer seelischer Struktur und Dynamik in besonderer Akzentuierung in Erscheinung tritt, ist grundsätzlich in allen Erscheinungsformen dieser kontinuierlichen Reihe in den verschiedensten Mischungen auffindbar, und die Bestimmung dieser Faktoren ist entscheidender, als deren Manifestierung in typischen psychischen Störungsformen. Man kann vielleicht sogar sagen, daß es reine motivierte seelische Störungen ohne jegliche psychogene Mechanismen wahrscheinlich ebensowenig gibt, wie reine psychoide Reaktionen. Auch in der psychoiden Katastrophenreaktion mit fast ausschließlich somatogen-biologischen Mechanismen ist doch das Ich, wie oben bereits

dargelegt wurde, in seiner Individualität wohl nicht so ganz unbeteiligt und erloschen, wie beispielsweise etwa bei einem epileptischen Anfall. Und ebenso wird man auch annehmen müssen, daß eine differenzierte motivierte Psychose, auch wenn sie noch so gradlinig aus der individuellen Persönlichkeitsstruktur verstehbar wirkt und als motivische Verdichtung einer spezifischen Erlebnisform erscheint, doch auch stets Spuren psychogener Mechanismen enthält, wenn sie auch kaum zu erkennen sind. Für diese Auffassung lassen sich analogistisch in gewisser Weise ja auch die Erfahrungen bei organischen Psychosen, etwa der Altersdemenz oder der Paralyse, anführen, bei denen die durch die „Psychose aetiologischer Ordnung“ verursachten Symptome fast immer mit fakultativen, homonomen, also der Persönlichkeitsanlage entstammenden und verstehbaren seelischen Äußerungen vermischt sind. Wenn es schon im Bereich der Physik ein hartes Entweder-Oder nicht gibt, und sich beispielsweise das Licht bald mehr in seinem Wellencharakter, bald mehr in korpuskularer Struktur darbietet, wird man erst recht bei den seelischen Gestaltungen mit einem Mehr-oder-weniger rechnen müssen. Die Erkenntnis dieser Relativität sollte jedoch nicht zum Aufgeben jeglicher Grenzbestimmung überhaupt führen.

Es erscheint nicht gerechtfertigt, aus praktischen Gesichtspunkten nicht zweckmäßig noch wissenschaftlich förderlich, den Begriff der Erlebnisreaktion oder psychogenen Störung in so unbestimmter Weise, wie dies doch im allgemeinen üblich ist, auf das gesamte Gebiet der nicht endogenen, mit Erlebnissen zusammenhängenden Psychosen oder seelischen Störungen auszudehnen. Wenn beispielsweise in Unfallgutachten von „psychogener Überlagerung“ oder „psychogenen Begleiterscheinungen“ die Rede ist, so sind damit die psychogenen Mechanismen im engeren Sinne gemeint, wie sie hier genauer bestimmt wurden. Der Begriff der Psychogenie, der seit seiner Einführung durch Sommer 1904 lange sehr umstritten war, hat nach manchem Bedeutungswandel in der praktisch-klinischen Diagnostik längst einen bestimmten Stellenwert erlangt. Hier kam es darauf an, die psychogenen Reaktionen, so wie sie sich im klinischen Sprachgebrauch eingebürgert haben, in ihrer psycho-pathologischen Struktur und Dynamik genauer zu bestimmen, wobei sich zwanglos ihre Absonderung von den motivierten seelischen Störungen einerseits und den psychoiden Reaktionen und der Hysterie andererseits ergab.

Das Problem der Hysterie mußte hier, wenn auch in diesem Rahmen keine ausführlichere Kasuistik vorgelegt werden konnte, doch zur Differentialdiagnose gegenüber den psychogenen und psychoiden Reaktionen eingehender behandelt werden. Es ist eine undankbare Aufgabe und ein wenig aussichtsvolles Beginnen, einen Begriff, wie den der hysterischen Wesensveranlagung, wieder einzuführen, nachdem er

längst abgetan ist. Es dürfte aber aus der Darstellung hervorgehen, daß die hier umrissene hysterische Wesensanlage so gut wie nichts mit dem „hysterischen Charakter“ der älteren Psychiatrie zu tun hat. Selbst wenn man den Standpunkt vertritt, daß es nur hysterische Reaktionen gäbe, so wie sie von Kretschmer zuletzt definiert wurden, und psychopathologisch nichts Einheitliches oder Gemeinsames bei den Trägern solcher Reaktionen finden will, bleibt m. E. doch zumindest noch die Besonderheit der Schaltbarkeit oder Schaltung, d. h. der seltenen und sonst nicht vorkommenden Fähigkeit, bestimmte psychische oder auch vegetativ-somatische Mechanismen anspringen und wirksam werden zu lassen, mag auch Erscheinungsform und Ablauf derselben nach eigener, biologisch vorgebildeter Dynamik erfolgen. Es wurde ausgeführt, wie diese intrapsychische und psychophysische Schaltfähigkeit bzw. Schaltbarkeit als Ausdruck und Folge einer psychischen Reifungsstörung, des Ausbleibens eines normalpsychologischen Entwicklungsvorganges angesehen werden kann; infantiles Denken und Erleben, psychogene und psychoide Reaktionsbereitschaft, können neben ausgereiften, erwachsenen Erlebnisformen und seelischen Äußerungen erscheinen, und zwar in diesem schaltbaren oder selbst-geschalteten Wechsel. Manche Äußerungsformen der Hysterie als solche sind von psychoiden oder psychogenen Reaktionen, wie sie bei anderer Veranlagung oder auch unter außergewöhnlicher äußerer Einwirkung vorkommen, nicht zu unterscheiden. Die Schwierigkeiten sind hier grundsätzlich zu vergleichen mit der Frage der Beziehungen der genuinen Epilepsie zu den exogenen Hirnleiden. Auch die Epilepsie bringt in den Anfällen und Dämmerzuständen Symptome hervor, wie sie sonst als Kennzeichen exogener Hirnschädigung gelten. Zu den gemeinsamen und ubiquitären Symptomen — dort der cerebralen Krampfanfälle, hier der psychoiden Mechanismen, die die Hysterie z. B. mit den Katastrophenreaktionen gemeinsam hat — treten aber sowohl bei der Epilepsie wie auch bei der Hysterie die jeweils kennzeichnenden und spezifischen Wesensanomalien.

Wenn hiergegen etwa eingewendet würde, jeder Mensch trage doch hysterische Züge in sich, so sollte man sich vor Augen halten, daß ja auch alle anderen psychopathischen Anomalien, Geltungssucht, Empfindsamkeit, Stimmungs labilität, Selbstunsicherheit, Fanatismus usw. nicht nur bei den nach ihnen benannten Psychopathen vorkommen, sondern Seiten des menschlichen Seins überhaupt darstellen, die nur bei manchen besonders hervortreten und von richtunggebender Bedeutung für ihre gesamten Ausdrucks- und Verhaltensweisen sind. Wenn man nicht überhaupt auf jede Charakterisierung der Psychopathen verzichten und etwa nur von „psychisch Abnormen“ sprechen will, dann muß man auch die hysterische Wesensanomalie als abartige psychische und psychophysische Konstitution anerkennen, deren ein-

heitliches Merkmal die Uneinheitlichkeit der Persönlichkeit ist. Ebenso wie beispielsweise auf dem Untergrund der Hyperthymie je nach Charakter und Intelligenz zahlreiche psychopathische Sonderformen wachsen, die so verschieden sein können, daß sie das hyperthyme Temperament fast nicht mehr anders wie gleichsam eine Muttersprache gemeinsam haben, so gibt es eben auch die verschiedensten hysterischen Persönlichkeiten. Die bei den Hyperthymikern betroffene Stimmungsqualität haben indes alle Menschen ebenso gemeinsam, wie die Bereitschaft zu psychogenen und psychoiden Reaktionen, die bei den Hysterischen besonders ausgeprägt ist. Es ist demnach nicht einzusehen, weshalb es eine hysterische Psychopathie oder „besser“ hysterische Wesensanomalie nicht geben soll.

Zum Schluß sei darauf hingewiesen, daß die statistische Übersicht nicht nur die bloße Formulierung der Ergebnisse dieser Untersuchung in Zahlen darstellt, sondern doch als bemerkenswerte selbständige Bestätigung der vorgetragenen psychopathologischen Auffassungen gelten darf. Denn es sind ja darin nach Abschluß der Arbeit die Zahlenbedingungen einzelner Faktoren untersucht, die in der Arbeit selbst gar nicht berücksichtigt wurden und in deren ursprünglicher Fragestellung nicht enthalten waren, so etwa die Häufigkeit des Schwachsinn, das Verhältnis der männlichen zu den weiblichen Krankheitsfällen und die prozentuale Verteilung der Altersstufen bei den beiden Gruppen seelischer Störungen. Die Übereinstimmung der sich aus der Statistik ergebenden Verhältnisse und Beziehungen mit den aus der klinisch-psychopathologischen Betrachtung gewonnenen Auffassungen zeigt jedenfalls, daß es sich hier nicht um eine willkürlich akzentuierende Typologie handelt, sondern daß bestimmte Reaktionsformen und Persönlichkeitsanlagen in ihrer Struktur und Dynamik gruppenmäßig erfaßt sind.

Literaturverzeichnis

- Allers:** Z. Neur., Bd. 60, 281, 1920.
Anton: 4 Vorträge über Entwicklungsstörungen beim Kinde I und II.
v. Baeyer: Der Nervenarzt, 19. Jg., H. 9, 402, 1949.
Birnbaum: Psychische Verursachung seelischer Störungen, Z. Neur. 7, 404. Wiesbaden 1918.
 -- Mschr. f. Psych., Bd. 41, 1917.
 -- Hdb. d. Geisteskrankheiten von Bumke, 5. Bd., Spez.-T. I.
Bleuler, E.: Lehrbuch d. Psychiatrie, 6. Aufl., 1937.
 -- Die Psychoide. Springer, Berlin 1925.
Bollnow: Das Wesen der Stimmungen. Klostermann, Frankfurt, 2. Aufl.
Bonhoeffer: Arch. f. Psychiatrie, Bd. 60, 721.
 -- Der Nervenarzt, 18. Jg., H. 1, 1947.
 -- Allg. Z. Psychiatr., Bd. 43.
 -- Allg. Z. Psychiatr., Bd. 68, 371.
Borchardt: Dtsch. Arch. f. klin. Med. 138, 129, 1922.
Bormann: Arch. f. Psych., Bd. 111, 1940.
Bostroem: Allg. Z. f. Psych., Bd. 110, 1939.
Braun: Hdb. d. Geisteskrankheiten von Bumke, 5. Bd., Spez.-T. I.
Bumke: Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 4. Aufl. I. F. Bergmann, München.
Bürger-Prinz: Der Nervenarzt, 18. Jg., H. 6, 241, 1947.
Cimbal: Z. Neur., Bd. 101, 1926.
Delbrück: Arch. f. Psych., Bd. 82, 1928.
Dieckhoff: Allg. Z. f. Psych., Bd. 55, 1898.
Ewald: Temperament und Charakter. Springer, Berlin 1924.
 -- Biologie und reine Psychologie im Persönlichkeitsaufbau, H. 68 d. Abhandl. aus d. Neurol., Psychiatrie, Psychologie u. ihren Grenzgebieten, 1932.
Feuchtinger: Dtsch. Arch. klin. Med., Bd. 189 u. 190, 1843.
 -- Nervenarzt, 16. Jg.
Freud: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Kiepenheuer, Berlin 1933.
Friedmann: Mschr. f. Psych., Bd. 15, 1904.
Gaupp: Allg. Z. f. Psych., Bd. 68, 1911.
 -- Ctrlbl. Psych. 1904.
 -- Z. Neur. 5, 1911.
Gebtsattel: Mschr. f. Psych., Bd. 99, 1938.
Gehlen: Der Mensch, 4. Aufl. Bonn 1950.
Geyer: Der Nervenarzt, 18. Jg., H. 10, 477, 1947.
Grosch: Allg. Z. f. Psych., Bd. 122, Heft 1/2.
 -- DMW, 73. Jg., 1948, 43/44.
 -- Dtsch. Z. Nervenheilk., Bd. 160.
Gruhle-Raecke: Grundriß d. Psychiatrie, 14. Aufl. J. F. Bergmann, München 1947.
Gruhle: Der Nervenarzt, Jg. 20, H. 3.
Habel: Allg. Z. f. Psych., Bd. 122, H. 3/4.
Hellpach: Grundlinien einer Psychologie d. Hysterie. Leipzig 1904.
Hoche: Zwanglose Abhandlungen 1, über die leichteren Formen des periodischen Irreseins, 1897.

- Homburger: Psychopathologie d. Kindesalters. Springer, Berlin 1926.
- Jaspers: Allgemeine Psychopathologie, 4. Aufl. Springer, Berlin 1946.
- Jores: Klinische Endokrinologie. Berlin 1939.
- Jung: Schweiz. Arch. f. Psychiatr., Bd. 34, 267.
- Kahn: La cyclothymie, T. Paris 1909.
- Arch. f. Psych., Bd. 80, 1927.
- Kerschenshtein: Charakterbegriff u. Charaktererziehung, 2. Aufl. Teubner. Leipzig 1915.
- Kleist: Gehirnpathologie. Joh. Ambr. Barth, Leipzig 1934.
- Beobachtungen auf dem neurologisch-psychiatrischen Fachgebiet im Jahre 1943 (Beratender Psychiater).
- Allg. Z. f. Psych., Bd. 74, 1918.
- Z. Neur., Bd. 61, 1920.
- Episodische Dämmerzustände. Thieme, Leipzig 1926.
- Knigge: Z. Neur. 153, 622, 1935.
- Kraepelin: Psychiatrische Klinik. Joh. Ambr. Barth, Leipzig 1921.
- Psychiatrie, 4. Bd., 3. Teil, 1915.
- Kretschmer: Medizinische Psychologie, 8. Aufl. Thieme, Leipzig 1945.
- Hysterie, Reflex und Instinkt, 5. Aufl. Thieme, Leipzig 1948.
- Der sensitive Beziehungswahn. Springer, Berlin 1927.
- Kretschmer u. Enke: Die Persönlichkeit der Athletiker. Thieme, Leipzig 1936.
- Lange, J.: Z. Neur., Bd. 101, 1926.
- Löwy: Mschr. f. Psych., Bd. 41, 1917.
- Moebius: Theorie der Hysterie, Schmidts Jahrbücher.
- Neißer: Berlin, klin. Wschr. 1905.
- Pfahler: System der Typenlehren, 1929.
- Reiß: Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. Springer. Berlin 1910.
- Scheler, M.: Wesen und Formen der Sympathie, 5. Aufl., 1948.
- Schmitz: Die Persönlichkeitsdiagnose. Thieme, Leipzig 1942.
- Der Nervenarzt, 20. Jg., H. 7, 303. 1948.
- Schneider, K.: Die psychopathischen Persönlichkeiten, 6. Aufl., 1943.
- Beiträge zur Psychiatrie, Thieme, Stuttgart 1948.
- Z. Neur., Bd. 59, 281, 1920.
- Z. Neur., Bd. 127, 725, 1930.
- Psychiatrische Vorlesungen für Ärzte. Thieme, Leipzig 1936.
- Schober: Z. Neur., Bd. 174, H. 4, 1942.
- Schultz, J. H.: Hdb. d. Geisteskrankh. v. Bumke, 5. Bd., Spez.-T. I.
- Sommer: Diagnostik der Geisteskrankheiten, 1904.
- Allg. Z. f. Psych., Bd. 68, 1911.
- Specht: Allg. Z. f. Psych., Bd. 110, 1939.
- Zbl. f. Nervenheilk., 29. Jg., 1906.
- Stransky: Med. Klinik 47.
- Hdb. d. Psych. von Bumke, Spez.-T., Abt. 6.
- Wien. klin. Wschr. 1911.
- Tilling: Individuelle Geistesartung u. Geistesstörung, Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, 1904.
- Kritik der Neißerschen Individualität und Psychose, Cbl. f. Psych., 1906.
- Villinger: Z. Neur., Bd. 57, 174, 1920.
- Zutt: Der Nervenarzt, 19. Jg., H. 1, 1948.

Sammlung zwangsloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Psychiatrie und Neurologie

unter besonderer Berücksichtigung der allgemeinen Medizin und der täglichen Praxis.
Herausgeber: Prof. Dr. Hanns Schwarz, Greifswald.

- Heft 1 **Psychiatrische Erfahrungen zur Frage der Schwangerschaftsunterbrechung insbesondere zum Problem der psychogenen Depression.** Von Prof. Dr. Hanns Schwarz, Greifswald. 46 S. 1950. Kartonierte DM 2,80.
- Heft 2 **Psychose und basaler Hirnprozeß.** Von Dr. K. H. Elsaesser, Oberarzt der Universitäts-Nervenlinik, Greifswald. 51 Seiten. Mit 8 Abbildungen. Kunst-druckpapier. 1950. Kartonierte DM 5,20.
- Heft 3 **Über das Zustandekommen trophischer Gewebsveränderungen nach Verletzungen peripherer Nerven.** Von Prof. Dr. Hirschmann, Tübingen. 56 Seiten. 1951. Kartonierte DM 3,80.
- Heft 4 **Die Begutachtung von Schädel- und Hirnverletzungen.** Zugleich ein Beitrag zur Vereinfachung versicherungs-medizinischer Begriffe. Von Dr. med. Hans-Ulrich Dambeck, Amtsarzt, Anklam. 79 Seiten. 1952. Kartonierte DM 5,55.
- Heft 5 **Beiträge zur genetischen Problematik psychischer Zwangsphänomene im Kindes- und Jugendalter.** Von Dr. med. K. Herbert Parnitzke, Dozent für Neurologie und Psychiatrie, Oberarzt der Universitäts-Nervenlinik Halle/S. 56 Seiten. 1952. Kartonierte DM 4,35.
- Heft 6 **Über Rauschgiftsuchten.** Von Prof. Dr. Hanns Schwarz, Greifswald. 48 Seiten. 1953. Kartonierte DM 2,75.
- Heft 7 **Der Wundstarrkrampf in chirurgischer und neurologischer Beurteilung.** Von Prof. W. Betzendahl und Dr. Herta Betzendahl, Kiel. 92 Seiten. 1953. Kartonierte DM 4,90.
- Heft 8 **Der essentielle Kopfschmerz.** Die vorherrschenden Theorien über die Pathogenese des essentiellen Kopfschmerzes im Licht röntgendiagnostischer und therapeutischer Untersuchungsergebnisse. Von Dozent Dr. Heinz Dietrich, Berlin. 72 Seiten mit 13 Abbildungen von Röntgenaufnahmen 1953. Kartonierte.

(Im Juni 1953 lieferbar)

Medizinisch-Juristische Grenzfragen

unter besonderer Berücksichtigung der Psychiatrie und Neurologie. Herausgeber: Prof. Dr. Hanns Schwarz, Greifswald.

- Heft 1 **Ein Gutachten über die ärztliche Tätigkeit im sog. Erbgesundheitsverfahren.** Von Prof. Dr. Hanns Schwarz, Greifswald. 36 Seiten. 1950. Kartonierte DM 1,95.
- Heft 2 **Querulatorische Entwicklungen.** Eine Darstellung mit besonderer Berücksichtigung der Dynamik der Wechselwirkung von Erlebnis und Charakter, der Differentialdiagnose und der forensischen Beurteilung. Von Dozent Dr. med. habil. Arthur von der Heydt, Kassel. 74 Seiten. 1952. Kartonierte DM 4,80.

Leitfaden für Geisteskrankenpfleger (früh.: Leitfaden f. Irrenpfleger)

Von Dr. Ludwig Scholz. Sechszwanzigste, verbesserte Auflage. Besorgt von Dr. L. Ziegelroth, Ärztl. Direktor des Krankenhauses Herzberge von Groß-Berlin. 208 Seiten. Mit 50 Abbildungen. Taschenformat. 1951. Kartonierte DM 3,90.

VEB Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle (S.)

